



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Do surto à Comunidade

Intervenções do EEESMP à pessoa com primeiro surto psicótico

Irene Claudia Marques Ribeiro

Orientação: Professor Lino Ramos

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2021

Esta dissertação não inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Do surto à Comunidade

Intervenções do EEESMP à pessoa com primeiro surto psicótico

Irene Claudia Marques Ribeiro

Orientação: Professor Lino Ramos

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2021

Do surto à Comunidade- Intervenções do EEESMP à pessoa com primeiro surto psicótico

Irene Claudia Marques Ribeiro

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Júri:

Presidente: Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro (Doutorada em Enfermagem)
Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja

Arguente: Jorge Salvador Pinto de Almeida (Doutorado em Ciências da Vida- Saúde Mental)

Professor Adjunto, Escola Superior de Saúde Dr Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Orientador: Lino Alexandre Andrade Martins dos Ramos (Especialista em Enfermagem, Decreto -Lei nº 206 de 2009, de 31 Agosto)

Professor Adjunto, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

Data: 12 de Abril de 2021

I've learned that people will Forget what you said,

People will Forget what you did,

But people will never Forget how you made them feel.

Maya Angelou

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Lino Ramos, a personificação do EEESMP!

À EEESMP Andreia Espadina, por tudo!

Aos colegas do DPSM- UICDP pela oportunidade de aprendizagem concedida.

Às minhas COLEGAS AMIGAS, por esta viagem atribulada e divertida que culminou na essência da AMIZADE; sozinha não encontrava o caminho!...

A Todos os meus AMIGOS, verdadeiros seres de luz quando a vida escurece.

À minha FAMÍLIA, pelo amor e dedicação com que me amparam. Por acreditarem em mim e por me ajudarem, diariamente, a ser uma pessoa melhor. São especiais.

À minha “manicas”, por ser única e maravilhosa, não existo sem ela.

À minha Catarina, que ilustra “Magia do Amor incondicional”. Um amor cristalino e fluído com sabor subtil de desafio, um amor que finta o tempo com mestria e contorna todos os obstáculos com surpreendente sabedoria e resiliência. Juntas somos WINX.

Agradeço à vida tão desafiante quanto enriquecedora; vou continuar a vivê-la ...

.... Destino: SER FELIZ!

RESUMO

O presente relatório pretende demonstrar o processo de desenvolvimento de competências de EEESMP, especialmente ao longo do estágio final do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialização de ESMP. Para o efeito, após descrito o contexto de realização de estágio, foi identificada uma problemática e produzida uma resposta especializada de ESMP.

O primeiro surto psicótico é um momento de intensa angústia e necessidade de adaptação por parte da pessoa a uma nova realidade e a um projeto terapêutico. Este momento de transição que se inicia com os primeiros sintomas e que continua no regresso ao domicílio após a alta implica uma atenção especializada por parte dos profissionais de saúde e o EEESMP, no âmbito das suas competências é o profissional que tem as ferramentas necessárias, no contexto da intervenção multidisciplinar, para garantir uma verdadeira continuidade de cuidados.

Assim, não existindo no contexto de estágio final uma resposta especializada para esta população, surgiu a necessidade de construir uma consulta de ESMP, dentro do hospital, para garantir a continuidade de cuidados, não prejudicando a relação terapêutica iniciada em internamento e assistindo a pessoa a adaptar-se às novas exigências de papel. O planeamento desta consulta foi alicerçado na evidência através de uma revisão scoping da literatura. Durante todo este percurso fomos desenvolvendo competências de EEESMP que foram aqui relatadas.

Palavras-chave: Psicose; Surto psicótico; Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica; Continuidade de Cuidados

ABSTRACT

This report aims to demonstrate the process of developing ESMP skills, especially during the final internship of the master's degree Course in Nursing in Association, in the area of specialization of Psychiatric Nursing. To this end, after describing the context of the internship, a problem was identified, and a specialized response of psychiatric nursing was produced.

The first psychotic outbreak is a moment of acute anguish and of the person's need to adapt oneself to a new reality and to a therapeutic project. This time of transition, which begins with the onset of symptoms and continues long after the discharge, involves specialised care by health professionals and the psychiatric nurse, within the scope of their competence it is the professional who has the necessary tools, in the context of multidisciplinary intervention, to grant a true continuity of care.

Thus, in the context of the final internship there was no specialized response for this population, the need arose to build a psychiatric nurse consultation within the hospital to ensure continuity of care, not impairing the therapeutic relationship initiated in hospital and assisting the person to adapt to new paper requirements. The planning of this consultation was based on evidence through a scoping review of the literature. Throughout this journey we have been developing psychiatric nursing skills that have been reported here.

Keywords: Psychosis; Psychotic outbreak; mental health nursing and psychiatry; Continuity of care

ABREVIATURAS

Ed. - edição

et al. - et al li (e outros)

nº - número

p. – página

SIGLAS

APA – American Psychiatric Association

CAD- Comportamentos Aditivos e Dependências

CH – Centro Hospitalar

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DPSM- Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

DGS – Direção-geral da Saúde

ECG – Enfermeiro de Cuidados Gerais

ECTS- European Credit Transfer System

ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EL - Enfermagem de Ligação

EPPC- Estabelecimento Prisional Pinheiro da Cruz

EPO- Estabelecimento Prisional de Odemira

ETET- Equipa Técnica Especializada de Tratamento

HCV- Vírus da hepatite C

HIV- Vírus da Imunodeficiência humana

ILD- Injetável de longa duração

LA - Litoral Alentejano

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE - Prática Baseada na Evidência

PIB – Produto Interno Bruto

PNSM – Programa Nacional pra a Saúde Mental

REPE - Regulamento do exercício Profissional do Enfermeiro

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SM - Saúde Mental

SMP - Saúde Mental e Psiquiátrica

TSSS – Técnico Superior do Serviço Social

UC – Unidade Curricular

UICDP- Unidade de Internamento de Curta Duração de Psiquiatria

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Primários

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma ilustrativo da recolha de artigos

Figura 2 - Esquema ilustrativo da proposta de consulta

INDICE DAS TABELAS

Tabela 1 – Características metodológicas dos estudos selecionados e principais resultados

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	14
1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO.....	19
1.1. CONTEXTO DA PROBLEMÁTICA.....	21
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	24
2.1. TRANSTORNO PSICÓTICO.....	24
2.2. O PAPEL DO EESMP NA TRANSIÇÃO PARA A COMUNIDADE.....	27
2.3. REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM: A RELAÇÃO TERAPÊUTICA NA TRANSIÇÃO PARA A COMUNIDADE.....	31
3. METODOLOGIA DE PROJETO.....	39
3.1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO.....	40
3.2. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS.....	42
3.3. PLANEAMENTO.....	43
3.4. EXECUÇÃO.....	49
3.5. AVALIAÇÃO.....	54
3.6. DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS.....	55
4. CONSULTA DE ACOMPANHAMENTO DE ESMP DA PESSOA COM PRIMEIRO SURTO PSICÓTICO.....	57
5. ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	63
5.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	64
5.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.....	72
5.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	86
CONCLUSÃO.....	90
BIBLIOGRAFIA.....	92
APÊNDICES	101

APÊNDICE I – RESUMO DO ARTIGO: “DO SURTO À SOCIEDADE - INTERVENÇÕES DO EEESMP APÓS ALTA: REVISÃO SCOPING DA LITERATURA.....	102
APÊNDICE II – APRESENTAÇÃO DA REVISÃO SCOPING AO DPSM.....	104
APÊNDICE III – ATIVIDADE: ESTIGMA – MUDAR O PRECONCEITO.....	117
APÊNDICE IV – ATIVIDADE: CAIXA DOS MEDOS.....	123
APÊNDICE V – ATIVIDADE: MOVIMENTA A MENTE.....	126
APÊNDICE VI – ATIVIDADE: RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO DE JAKOBSON.....	129
ANEXOS	135
ANEXO I – CERTIFICADO DE AUTORIA DE POSTER NO X CONGRESSO INTERNACIONAL D'A SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL	136

INTRODUÇÃO

O presente relatório enquadra-se na formação especializada em enfermagem, no âmbito da UC Relatório do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica promovido pela Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde compostas pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, pela Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Castelo Branco e pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Deste modo, este relatório pretende também demonstrar o processo de aquisição de competências de EEESMP e de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização de ESMP.

Este 3º curso de Mestrado de Enfermagem em Associação decorreu no biénio 2018-2020, durante 3 semestres no Instituto Politécnico de Portalegre, e contempla a formação teórica em sala de aula e a componente prática através da realização do Estágio I e do Estágio Final.

Reconhecemos que a formação em enfermagem é a componente prática realizada sob a forma de ensinamentos clínicos ou estágios constituindo um dos momentos privilegiados para a aprendizagem do aluno, promovendo o contato direto com as pessoas e com as suas realidades (Hesbeen, 2000). No entanto, por questões pessoais e profissionais não nos foi possível realizar o Estágio I, pelo que recorremos ao processo de Creditação.

Recorrendo ao Despacho nº 11641/2014, do Diário da República, em particular ao artigo 2º na alínea f) encontramos definido que os créditos podem ser atribuídos pela experiência profissional desde que devidamente comprovada, até ao limite de um terço do total dos créditos do ciclo de estudos, nos termos do Regulamento do Processo de Reconhecimento e Validação de Competências. Assim, no sentido de obter Creditação para o Estágio I foi entregue um portefólio de competências e foi efetuada uma entrevista para avaliação das competências desenvolvidas ao longo da nossa vida profissional.

Apesar disto, e porque este se trata de um relatório de aquisição de competências, falaremos no presente documento de algumas das atividades que propusemos para o processo de Creditação e que se constituem também como atividades basilares deste processo integrado de desenvolvimento de competências de EEESMP e de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização de ESMP.

O Estágio Final, teve início a 16 setembro 2019 e término no dia 31 janeiro 2020, tendo decorrido no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental de um hospital no sul do país, num total de 388 horas, correspondentes a 24 ECTS.

Sabemos que a SM representa uma componente fundamental no bem-estar dos indivíduos, sendo influenciada por múltiplos fatores, sejam de ordem genética, biológica, social ou ambiental. Sabemos que a Saúde Mental define-se como um estado de bem-estar através do qual a pessoa reconhece o seu potencial humano, gere os desafios diários da sua vida, trabalha de modo produtivo e é capaz de contribuir para a comunidade em que está inserida (OMS, 2014). A ausência deste potencial de integração em comunidade e de gestão das crises habituais na vida humana pode determinar o compromisso da saúde mental do indivíduo, grupo ou comunidade, constituindo-se como um foco importante dos cuidados de enfermagem especializados, em particular na área da ESMP.

A psicose é sem dúvida uma situação deste cariz. Ao longo da nossa vida profissional, temos vindo a prestar cuidados à pessoa com psicose, deparando-nos, não raras vezes, com o internamento recorrente de pessoas afligidas por esta doença mental. Quer fosse pela ausência de estruturas na comunidade, quer fosse pela ausência de vigilância e cuidado prolongado e diferenciado, quer pela manutenção das condições de vida pré-mórbidas, a verdade é que após um primeiro surto psicótico o reinternamento sempre foi muito frequente. Além disto, sabemos que a pessoa que experiencia um surto psicótico padece de distorções de pensamento e da percepção, que se manifestam através da presença de alucinações, delírios ou suspeitas excessivas e infundadas bem como o discurso incoerente. Ao nível comportamental, as mesmas podem traduzir-se em desorganização, agitação, excitação, inatividade ou hiperatividade. Por sua vez, no âmbito das emoções, podem ser detetadas apatia acentuada ou assincronia entre as emoções e o afeto (OMS, 2015). Esta condição dita um sofrimento psíquico intenso ao qual não conseguimos ser indiferentes.

Este quadro implica habitualmente um período curto ou prolongado de internamento e uma readaptação do indivíduo à sua vida quotidiana. Ora, para que esta transição seja desenvolvida de uma forma eficaz é importante que sejam construídos alicerces com a pessoa não só durante o internamento, mas também nas fases iniciais do regresso ao domicílio (Buldukoglu, 2016; Batscha *et al.*, 2015; Murphy *et al.*, 2009)

Fundamenta-se assim, em parte, a importância da manutenção do acompanhamento após a alta da pessoa que sofreu um surto psicótico. Devendo o EEESMP assistir e ajudar a pessoa a manter e a recuperar a sua saúde mental (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 515/2018,

de 7 de agosto), compreende-se que este profissional tem as competências necessárias para intervir com a pessoa nesta transição. Afinal, o EEESMP compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do doente, assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais (OE, Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto)

Sabe-se que a recuperação de um surto psicótico é um processo profundamente pessoal e único, de mudança de atitudes, valores, sentimentos, objetivos, competências e funções. Pressupõe de igual modo uma forma de viver satisfatória, esperançosa e participativa (Palha & Costa, 2015) Assim, considera-se que o EEESMP, através da relação terapêutica potencia os mecanismos de coping do indivíduo, permitindo à pessoa partilhar as suas experiências, vivências e emoções. As múltiplas intervenções de enfermagem que poderão ser implementadas pelo EEESMP neste contexto procurarão empoderar a pessoa a viver depois de um surto psicótico, viabilizando uma melhor perceção sobre a sua doença nas diversas vertentes, sustentando o desenvolvimento e reajuste emocional e comportamental, contribuindo assim para uma melhor adaptação e consequentemente para a obtenção de ganhos em saúde (Buldukoglu, 2016).

No contexto onde desenvolvemos o nosso estágio final não existiam respostas integradas após a alta para o apoio às pessoas que sofreram um primeiro surto psicótico. Além disto, sabemos que intervenção diferenciada, estruturada e especializada por parte do EEESMP, assente no seu referencial teórico promove o suporte, a ajuda e a capacitação da pessoa após a alta. A relação estabelecida ainda durante o internamento torna-se fundamental para a restituição e promoção da sua saúde mental, bem-estar e qualidade de vida após internamento. Com isto atribuímos particular enfoque ao hospital como principal contexto para a garantia deste acompanhamento após a alta, pois só assim se pode manter a relação terapêutica estabelecida ainda durante o internamento e que será preponderante no processo de recuperação da pessoa e na sua readaptação à vida em comunidade (Lutgens, et al. 2017; Batsha *et al.*, 2015). Deste modo, também assumimos como finalidade deste relatório a documentação do processo por nós desenvolvido na planificação de uma consulta de acompanhamento após a alta à pessoa que sofreu um primeiro surto psicótico.

Considerando que as boas práticas em enfermagem representam a agregação das dimensões científicas, técnica e humana (Nunes, 2018), a enfermagem enquanto ciência em evolução, necessita da adaptação e agregação do conhecimento científico e tecnológico que garantam, aos enfermeiros, exercer uma prática baseada na evidência científica atualizada. Emerge, assim, a necessidade de identificar as intervenções do EEESMP junto da pessoa com diagnóstico de

psicose, após a alta, no contexto dos cuidados diferenciados. Para tal, fizemos uma criteriosa revisão scoping da literatura que se tornou a coluna vertebral deste projeto.

Não nos podemos esquecer, no entanto, que este relatório pretende comprovar o nosso processo de desenvolvimento de competências como EEESMP e como Mestre em Enfermagem na Área de Especialização de ESMP. Deste modo, procuraremos ilustrar ao longo destas páginas o nosso processo de aprofundamento das competências de ECG e o processo de tomada de consciência sobre nós próprios no sentido de assistir e ajudar a pessoa sã ou doente a manter e/ou recuperar a sua saúde mental, salientando no percurso a nossa aquisição de competências para prestar cuidados psicoterapêuticos, psicossociais, psicoeducacionais e socioterapêuticos. Este processo deve-se não só à nossa dedicação ao projeto de planificação da referida consulta, mas também a todas as aprendizagens que desenvolvemos ao longo do Estágio Final, assim como dos alicerces que já temos como ECG em contextos de saúde mental.

Consideram-se então como objetivos deste trabalho:

- Descrever as intervenções do EEESMP à pessoa com primeiro surto psicótico para a alta hospitalar;
- Elaborar o planeamento de uma consulta de ESMP de continuidade de cuidados após alta hospitalar da pessoa que sofreu um primeiro surto psicótico
- Descrever reflexiva e pormenorizadamente o processo de desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Competências Específicas do EEESMP e Competências de Mestre em Enfermagem.

O relatório que apresentamos foi estruturado em duas partes. Faremos na primeira parte uma apresentação do local onde desenvolvemos o Estágio Final e, após um enquadramento conceptual sobre o tema e sobre o referencial teórico de enfermagem utilizado, descreveremos as atividades que desenvolvemos de acordo com a metodologia de projeto e que resultaram na planificação de uma consulta de acompanhamento após a alta à pessoa que sofreu um primeiro surto psicótico. Na segunda parte analisaremos o nosso processo de desenvolvimento de competências enquanto EEESMP e enquanto Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em ESMP.

Na conclusão analisaremos o que alcançámos na medida dos objetivos a que nos propusemos, refletiremos sobre as limitações e as dificuldades neste processo de aprendizagem e faremos uma revisão de todo o trabalho desenvolvido.

O presente relatório cumpre as normas de referência bibliográfica APA (Universidade de Aveiro, 2015) e segue o Novo Acordo Ortográfico.

1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O percurso académico do presente Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de ESMP foi caracterizado por diversas adversidades. O exigente percurso de desenvolvimento pessoal e profissional obrigou à reflexão acerca do contexto para realizar o estágio final.

O local escolhido teve em consideração a prática profissional aliada ao interesse pessoal relacionado com a atuação do EEESMP num contexto de internamento de agudos. Assim, o estágio final decorreu no Departamento de Psiquiatria de um Hospital do Sul do país, com intuito de contactar com a pessoa em contexto de internamento hospitalar e desenvolver competências na prestação de cuidados especializados em ESMP.

Ao longo da nossa vida profissional já tivemos oportunidade de prestar cuidados num contexto de internamento de doentes agudos de psiquiatria e, por isso, sabemos o quão rico em oportunidades de aprendizagem é este ambiente. Em contexto de agudos podemos presenciar e participar numa intervenção de alta tensão com a pessoa alvo de cuidados. Sabendo de antemão que o internamento tem um tempo limitado, a intervenção, durante o internamento, também tem uma duração limitada. Neste contexto, o diagnóstico da situação e a intervenção têm de ser implementados quando a pessoa está em plena descompensação da sua doença mental e por um período de tempo limitado. Esta circunstância veste os cuidados de enfermagem do EEESMP de uma intencionalidade e processo próprios.

Quanto ao nosso local de estágio em particular, as dinâmicas do Departamento de Psiquiatria que escolhemos, designadamente a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, articulação interna entre serviços e gestão de parcerias com os recursos da comunidade, promoveram o interesse pelo funcionamento e respostas no âmbito da Saúde Mental implementadas.

Tal como referimos, o estágio final decorreu no Departamento de Psiquiatria de um hospital do sul do país, integrado num Centro Hospitalar cuja missão é a prestação de cuidados de saúde diferenciados a todos os cidadãos. O Centro Hospitalar pretende que o Hospital do Sul do país seja um hospital de excelência para a comunidade e uma referência nacional, definindo como valores: a humanização e a não discriminação, o respeito pela dignidade individual de cada pessoa, atualização face aos avanços científicos e no âmbito da investigação, excelência técnico profissional, ética profissional, promoção da multidisciplinariedade assim como o respeito pelo ambiente.

No âmbito da Saúde Mental, o DPSM disponibiliza aos cidadãos um serviço de internamento, consultas de psiquiatria e de psicologia, psiquiatria de ligação, psiquiatria forense, sala de soroterapia, serviço social, equipas comunitárias e urgência psiquiátrica. O Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental divide-se em duas alas, uma corresponde ao Internamento de Psiquiatria que recebe pessoas de ambos os sexos, com idades superiores a 17 anos e 364 dias, com doença mental em fase aguda. Esta ala dispõe de 28 camas, das quais 4 pertencem à Unidade de Internamento de Curta Duração de Psiquiatria (UICDP). Esta unidade, recebe pessoas com doença mental em fase aguda, que pela sintomatologia apresentada necessitam de uma maior vigilância num curto período de tempo.

No internamento existem normas de funcionamento assim como um cronograma de atividades, cujo cumprimento é criteriosamente respeitado. Neste serviço desenvolvem-se atividades de Terapia ocupacional, dramaterapia, grupo terapêutico de enfermagem que integra a realização de atividades lúdico-terapêuticas, sessões de relaxamento e reuniões de enfermagem (dinâmica de grupo, de pessoas em internamento, acerca de uma temática de interesse eleita pelo grupo).

É desta forma que o Internamento de Psiquiatria deste departamento objetiva promover a saúde mental das pessoas com doença mental em fase aguda, prevenir e tratar as doenças mentais que estas possuem, promover a adesão terapêutica, assim como, promover a reabilitação e reinserção social.

Na outra ala, a ala da consulta externa, realizam-se consultas de psiquiatria, de psicologia e de terapia ocupacional. São realizadas sessões de Terapia Familiar e é efetuado o controlo e administração de Injetável de Longa Duração (ILD). Nessa mesma ala encontra-se a sala de soroterapia enquanto espaço terapêutico que procura administrar em ambulatório terapêutica endovenosa (como por exemplo a clomipramina), procurando prevenir-se deste modo o reinternamento através da promoção do equilíbrio psico-emocional da pessoa mantendo-a inserida no seu contexto e comunidade. No entanto, verificou-se que não existe nenhuma consulta de enfermagem orientada para o apoio após a alta, à pessoa que sofreu um primeiro surto psicótico, apesar de ser uma necessidade expressa pelo departamento.

A UICDP conta com um total de 3 psiquiatras, 1 psicólogo, 1 TSSS e 26 enfermeiros, 15 dos quais o EEESMP. O método de trabalho dos Enfermeiros é o método individual.

1.1. CONTEXTO DA PROBLEMÁTICA

As doenças e as perturbações mentais tornaram-se, nos últimos anos, na principal causa de incapacidade e numa das principais causas de morbilidade nas sociedades desenvolvidas. Apenas um quarto dos doentes com perturbações mentais recebe tratamento e só 10% têm tratamento considerado adequado. Segundo o Plano de Ação para a Saúde Mental 2013-2020 da OMS, Portugal necessita de implementar estratégias de promoção e prevenção que permitam reforçar os serviços de Saúde Mental; garantindo a prestação de cuidados abrangentes, integrados e inseridos na comunidade.

Anualmente 65 milhões de Europeus são afetados por uma doença ou perturbação mental. Portugal é o segundo país com a mais elevada prevalência de doenças psiquiátricas da Europa; mais de um quinto dos portugueses sofre de uma perturbação psiquiátrica (OMS, 2015).

Os dados epidemiológicos constantes no PNSM (DGS, 2017) põem em evidência que nos países ocidentais, as patologias psiquiátricas e os problemas relacionados com a saúde mental representam uma importante causa de incapacidade e morbilidade, com um impacto de 3,7% no PIB (CNS, 2019). Em Portugal, verifica-se a existência de uma elevada prevalência de doença mental que vem demonstrar a escassez no acesso aos cuidados de saúde mental que em muito se opõe às metas definidas pela OMS.

Atendendo à sua abrangência, a saúde mental perspetiva-se como sendo mais do que ausência de doença ou de sintomas. Tal como temos vindo a referir, a saúde mental está na base do bem-estar, da capacidade de enfrentar obstáculos e ser resiliente face às adversidades, de estar envolvido e interessado nas questões sociais e na promoção da paz e estabilidade das comunidades, contribuindo para o capital social e desenvolvimento económico das sociedades. (Palha & Costa, 2015) É na verdade um ativo importante na sociedade (CNS, 2019).

As perturbações do espectro da esquizofrenia surgem no relatório do (CNS 2019) em 3º lugar na prevalência total de doenças mentais. A psicose é uma destas perturbações. Sabemos que a periodicidade e duração dos episódios psicóticos é variável e dependente da sua etiologia. Estas perturbações tendem a surgir durante a adolescência ou início da idade adulta. A pessoa que delas padece apresenta, habitualmente, dificuldades de socialização, sintomas neuróticos funcionais e específicos, seguidos da manifestação subtil de sintomas psicóticos que emergem, imediatamente, antes da instalação da perturbação psicótica franca. Neste panorama importa definir

a psicose; psicose é um distúrbio que provoca uma perda de contacto com a realidade aos indivíduos que a experienciam, passa por alterações no pensamento, na percepção e no comportamento; caracteriza-se por delírios, alucinações, padrões de pensamento e discurso desorganizados (Knapp *et al.* 2004). Ao nível do comportamento poderá traduzir-se em desorganização, agitação, excitação, inatividade ou hiperatividade. Por sua vez, no âmbito das emoções podem ser detetadas apatia acentuada ou assincronia entre as emoções e o afeto. Pelo descrito as pessoas com psicose têm um elevado risco de suicídio, risco de violência, risco de negligência, risco de vitimização e risco de não adesão ao tratamento.

Este risco de não adesão ao tratamento assume particular importância pois a maioria dos doentes tem atitudes ambivalentes para o tratamento de sintomas positivos e tem visões diferentes das dos seus terapeutas em vários aspetos do tratamento (Buldukoglu, 2016). Ouvir os doentes e conhecer as suas necessidades pode melhorar a satisfação e consequentemente aumentar a adesão ao tratamento (Buldukoglu, 2016). Não aderir ao tratamento assume particular importância pois está entre as principais causas da perda de funcionalidade e qualidade de vida, com aumento da probabilidade de reinternamento, da pessoa com psicose.

Torna-se importante identificar e desenvolver intervenções que, potenciando a adesão ao tratamento, promovam a continuidade de cuidados. Apesar de difícil definição esta continuidade de cuidados pode ser efetuada nos cuidados de saúde primários, no entanto é no hospital que a pessoa com psicose inicia um processo de relação, relação esta que se pretende terapêutica com os seus técnicos de referência e que será promotora da adesão ao tratamento e da redução do número de crises.

Foi identificado num estudo sobre continuidade de cuidados em saúde mental, que a existência de um técnico de referência permite centralizar informação, centralizar os pedidos de ajuda e organizar as respostas institucionais (Skalli & Nicole, 2011). Esta atuação integra uma abordagem multidisciplinar da qual o EEESMP faz parte.

O EEESMP, no âmbito das suas competências, deve promover uma abordagem integrada da pessoa com psicose. Este profissional desenvolve intervenções não só no internamento, na comunidade, mas também poderá ser diferenciador na ponte entre a programação da alta e o regresso à comunidade. A relação desenvolvida entre a pessoa internada e a equipa multidisciplinar, que o EEESMP integra, permite ao EEESMP planear cuidados que potenciem a funcionalidade daquela pessoa. Este período de reintegração na comunidade, no seu anterior contexto, pretende ser promotor da saúde, da autonomia e da qualidade de vida da pessoa com psicose, após alta.

No contexto onde realizámos o nosso estágio não existe esta resposta específica. Ao observar os dados referentes ao nosso período de estágio compreende-se uma significativa taxa de não adesão ao tratamento e de consecutiva recorrência de internamento após o primeiro surto psicótico. Num estudo efetuado, do qual a nossa enfermeira orientadora foi co-autora, do total de 378 internamentos no DPSM referentes a 2018 (último estudo elaborado), 34% foram por psicose (Espadinha *et al.*, 2018), cerca de 1/3 desses internamentos foram por primeiro surto psicótico. Assim, na sequência dos dados partilhados pela equipa de enfermagem, com o intuito de construir uma resposta em saúde mental no local de estágio, efetuamos uma revisão scoping da literatura para melhor compreender o fenómeno de internamento por primeiro surto psicótico e as intervenções que podem ser desenvolvidas numa dinâmica de continuidade de cuidados, após a alta.

Na sequência da pesquisa realizada e das necessidades expressas pelo contexto de estágio em que estivemos inseridos, compreendemos que seria importante planificar uma consulta de enfermagem especializada em ESMP após a alta para a assisitir a pessoa que sofreu um primeiro surto psicótico. Esta consulta pretende constituir-se uma resposta viável a um problema de saúde identificado e reduzir o número de reinternamentos neste contexto específico, dando também resposta a esta necessidade expressa pelo contexto de estágio.

Este projeto que nos propusemos desenvolver foi motor de um desenvolvimento rico de competências não só como EEESMP, mas também como Mestre em Enfermagem na Área de Especialização de ESMP. Afinal, este projeto permitiu-nos desenvolver uma prática de qualidade e participar num programa de melhoria contínua ao mesmo tempo que nos ajudou a desenvolver uma resposta no sentido de ajudar a pessoa a recuperar a sua saúde mental, dando resposta a uma finalidade importante deste Mestrado em Enfermagem.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Para que possamos partir para uma proposta de intervenção e até mesmo para uma incursão na literatura sob a forma de revisão scoping da literatura, é importante que façamos uma análise dos conceitos envolvidos e apresentemos o raciocínio que desenvolvemos, baseado no pensamento da enfermagem. Deste modo, definiremos aqui conceitos, falaremos da especificidade do papel do EEESMP neste contexto e das teorias de enfermagem que pautaram as nossas decisões e prática clínica e de investigação.

2.1 TRANSTORNO PSICÓTICO

A saúde mental é uma parte integrante do estado de saúde da pessoa e, portanto, inseparável da sua situação de saúde. A OMS (2001) define saúde mental como o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere.

Já por outro lado, doença mental, é mais difícil de definir num conceito universal, uma vez que para esta definição os fatores geográficos e culturais, tem grande impacto. Podemos afirmar que doença mental caracteriza-se por respostas mal adaptativas aos Agentes stressores de ambiente externo ou interno e que se manifesta por pensamentos, comportamentos e sentimentos incoerentes com os normativos geográficos e culturais onde a pessoa se encontra. Estas respostas e manifestações interferem com o normal funcionamento social, ocupacional e/ou físico da pessoa (Townsend, 2011).

As doenças e as perturbações mentais tornaram-se, nos últimos anos, na principal causa de incapacidade e numa das principais causas de morbilidade nas sociedades desenvolvidas. Apenas um quarto dos doentes com perturbações mentais recebe tratamento e só 10% têm tratamento considerado adequado (Xavier *et al.*, 2013)

O termo “psicose” sempre foi utilizado em diferentes sentidos e situações. As definições em psiquiatria são muitas e não há nenhuma plenamente satisfatória, pois a psicose não se refere a uma doença específica, tal como nos aponta Palha & Costa (2003).

As perturbações psicóticas surgem durante a adolescência ou início da idade adulta e a pessoa que delas padece apresenta, habitualmente: dificuldades de socialização, sintomas neu-róticos funcionais e específicos, seguidos da manifestação subtil de sintomas psicóticos que emergem, imediatamente, antes da instalação da perturbação psicótica franca (Yung & McGorry, 1996).

De acordo com a OMS (2015), a psicose caracteriza-se por distorções de pensamento e da percepção, bem como um conjunto de emoções inadequadas.

A APA (2014) identifica as seguintes perturbações psicóticas: esquizofrenia, transtorno da personalidade esquizotípica, transtorno delirante, transtorno psicótico breve, transtorno es-quizofreniforme, transtorno esquizoafetivo, transtorno psicótico induzido por consumo de subs-tâncias/medicação e transtorno psicótico devido a outra condição médica.

A pessoa com psicose pode apresentar anomalias num ou mais dos seguintes domínios: “delírios, alucinações, pensamento (discurso) desorganizado, comportamento motor anómalo ou grosseiramente desorganizado (incluindo catatonia) e sintomas negativos” (APA, 2014:83). Pode apresentar anomalias num ou mais dos seguintes domínios: “(...) delírios, alucinações, pensa-mento (discurso) desorganizado, comportamento motor anómalo ou grosseiramente desorgani-zado (incluindo catatonia) e sintomas negativos” (APA, 2014:85).

As alucinações caracterizam-se por ser “experiências do tipo perceptivo que ocorrem sem um estímulo externo. São vividas e claras, com toda a força e impacto das percepções normais, e não estão sob controlo voluntário. Podem ocorrer em qualquer modalidade sensorial, mas as alucinações auditivas são as mais comuns na esquizofrenia e nas perturbações relacionadas” (APA, 2014:87).

De acordo com a APA (2014) os delírios vivenciados pela pessoa com psicose caracteri-zam-se por ser crenças fixas e inalteráveis à luz de evidência contrária, o conteúdo dos mesmos pode incluir distintos temas.

Resumindo a pessoa com psicose, poderá apresentar distorções de pensamento e da percepção; ao nível comportamental, este poderá traduzir-se em desorganização, agitação, exci-tação, inatividade ou hiperatividade. Por sua vez, no âmbito das emoções podem ser detetadas apatia acentuada ou assincronia entre as emoções e o afeto. As pessoas com psicose apresen-tam um elevado risco de suicídio, risco de violência, risco de negligência, risco de vitimização e

risco de não adesão ao tratamento (Early Psychosis Guidelines Writing Group & EPPIC National Support Program, 2016).

Estudos realizados recentemente, no âmbito da neuropatologia, neuroimagiologia, neurobioquímica e neuropsicologia têm demonstrado, de forma consistente que a partir do episódio de Primeiro Surto Psicótico, podem ser visíveis alterações no cérebro, nomeadamente no cérebro daquelas que mais tarde serão diagnosticadas com Esquizofrenia. Os processos intensos de reorganização neuronal que ocorrem durante a fase da adolescência, as alterações hormonais, o abuso de substâncias (especialmente a Cannabis), associado a situações de stress, aumentam, assim, o risco de desenvolver um Primeiro Surto Psicótico em indivíduos susceptíveis (Schultze-Lutter *et al.*, 2007; Afonso, 2010).

As pessoas que sofrem um Primeiro Surto Psicótico recuperam desse mesmo episódio, uma vez que todos os doentes recuperam do seu primeiro episódio psicótico, contudo, a esmagadora maioria irá desenvolver surtos subsequentes (Lieberman, Perkins & Stroup, 2013).

A importância da intervenção precoce é valorizada perante a elevada percentagem de remissão completa dos sintomas, em alguns casos de doentes que recebem tratamento para um Primeiro Surto Psicótico. Assim, quanto mais cedo for iniciado o tratamento das pessoas com Primeiro Surto Psicótico, maior será o nível de recuperação sintomática e funcional da mesma (Lieberman, Perkins & Stroup, 2013).

A curta duração da psicose anterior ao tratamento tem sido relacionada com a boa evolução da doença, em termos da sua remissão (Schultze-Lutter *et al.*, 2007).

Parece então fundamental compreender a forma como a pessoa se adapta à fase inicial da doença. Os jovens que se confrontam com um Primeiro Surto Psicótico apercebem-se que têm uma doença, mas associado a algum estigma, levanta dúvidas quanto ao seu sentido de competência, auto-estima, aspirações futuras e autoconceito, criado em torno da doença e do papel de doente (Trotman *et al.*, 2013).

No impacto causado a nível individual, social e económico, apesar das perturbações psicóticas, serem menos comuns do que as perturbações não psicóticas, tais como a depressão e a ansiedade, são mais incapacitantes do que as restantes doenças mentais e os custos sociais e económicos associados às mesmas são mais elevados (Knapp *et al.*, 2004).

Não podemos deixar de abordar a representação mental da condição individual referida no conceito de saúde definido pela (OE, 2001), no que concerne às pessoas com doença mental, uma vez que estas muitas vezes não conseguem reconhecer que têm uma doença mental, a designada falta de insight que estas manifestam, sobretudo quando falamos de pessoas com psicose. Este conceito em psiquiatria é traduzido em termos de ausência de consciência de que se está doente ou que é necessário um tratamento, pelo que um insight reduzido se encontra associado à baixa adesão terapêutica e a uma evolução mais desfavorável da doença (Cardoso, 2007).

Como noutras patologias, também na Psicose, os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue centrando-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades), em que ambos possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual, sendo o enfermeiro distinguido pela sua formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, num quadro que se torna necessário abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem (OE, 2001).

Ao ser detentor de um enorme conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, a sua intervenção especializada ancorada em sólidos e válidos padrões do conhecimento, promove a reabilitação psicossocial das pessoas com perturbação mental, permitindo a recuperação máxima da sua funcionalidade após a alta hospitalar, essencial à sua reintegração na comunidade. Considera-se assim, que o papel do EEESMP é preponderante na continuidade de cuidados.

2.2. O PAPEL DO EEESMP NA TRANSIÇÃO PARA A COMUNIDADE

Como já aqui referimos, a reintegração da pessoa, após o primeiro surto psicótico, é fundamental para uma verdadeira recuperação do seu padrão habitual. Acresce a isto que a pessoa tem de ser encarada como ser uno e indivisível (O.E., 2001) Deste modo, esta reintegração tem que garantir a articulação com o contexto de cuidados diferenciados onde a pessoa esteve internada – o internamento de agudos numa instituição hospitalar – e a comunidade onde habita.

Naturalmente, o EEESMP no desenvolvimento das suas competências garante esta premissa, no planeamento, intervenção e avaliação da sua prestação de cuidados. Debruçando-nos

sobre o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de ESMP, compreendemos o papel do EEESMP neste contexto. Afinal é competência do enfermeiro desenvolver processos eficazes de adaptação da pessoa aos seus problemas de saúde (OE, 2011). O que, no contexto da transição do hospital para a comunidade, significa que é necessário desenvolver intervenções que empoderem a pessoa e a comunidade no sentido de desenvolverem estratégias e fatores de adaptação aos desafios decorrentes da sua perturbação mental. Para tal é necessário que o EEESMP coordene a transição da pessoa e família entre as instituições de cuidados especializados e a comunidade, fornecendo o suporte necessário à família, à comunidade e, especialmente, à pessoa com doença mental (OE, 2011). No que concerne à sua participação no tratamento das pessoas com doença mental, as suas intervenções visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental, tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto).

É para tal que, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018), o EEESMP compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental da pessoa assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada por fatores contextuais. Estes processos são imprescindíveis não só na comunidade, mas também no contexto hospitalar (ou dos cuidados diferenciados). Relativamente ao primeiro surto psicótico, a periodicidade e duração dos episódios psicóticos é variável e dependente da sua etiologia. Atualmente com períodos de internamento tendencialmente mais curtos, a desinstitucionalização assenta na garantia de continuidade de cuidados após alta. A promoção desta continuidade dos cuidados no contexto da intervenção do EEESMP tem também como objetivo prevenir a taxa de reinternamentos em serviços de agudos de psiquiatria (Redding, Maguire, Johnson, & Maguire, 2017).

Alguns autores defendem que o reinternamento está amplamente relacionado com a ausência de continuidade de cuidados, independentemente do diagnóstico, verificando-se um aumento significativo do reinternamento nos doentes sem garantia de continuidade (Grinshpoon *et al.*, 2011). Este fenómeno interligado com a ambivalência dos doentes em relação ao tratamento, aumenta quando se verifica fraca adesão aos cuidados planeados após alta. Da mesma forma, a ausência de compromisso por parte dos doentes após alta, promove uma potencial deterioração do seu estado de saúde. Clouse, Williams, & Harmon (2015) apontam como efeitos prejudiciais para a saúde dos doentes as faltas às consultas de saúde mental salientando a importância do papel do enfermeiro no aumento da adesão à continuidade de cuidados. Esta não adesão ao

tratamento assume particular importância pois está entre as principais causas da perda de funcionalidade e qualidade de vida, com aumento da probabilidade de reinternamento, da pessoa com psicose (Paniagua *et al.*, 2018). Torna-se importante identificar e desenvolver intervenções que, potenciando a adesão ao tratamento, promovam a continuidade de cuidados. A intervenção do EEESMP na transição para a comunidade, especialmente na garantia da continuidade dos cuidados, permitirá otimizar informação clínica, centralizar os pedidos de ajuda, assegurar a co-operação do cuidador informal após o retorno ao domicílio, e organizar as respostas quer da pessoa a quem presta cuidados, quer da instituição que representa e das instituições da comunidade, assim como uma abordagem centrada na pessoa (Bernardino, Segui, Lemos, & Peres, 2010). Esta atuação só é verdadeiramente terapêutica se incluída numa abordagem multidisciplinar da qual o EEESMP faz parte.

Olhando para o contexto hospitalar compreendemos que a intervenção precoce no primeiro surto psicótico determina, em grande parte, o prognóstico clínico e é de elevada importância para a redução do sofrimento da pessoa e da família, assim como para a redução dos sintomas refratários à intervenção. Além disto, é no contexto de internamento em que se inicia a relação terapêutica que irá proporcionar o ambiente necessário à recuperação da pessoa e ajudará a criar os pilares para a reintegração na comunidade (Malla & Payne, 2005). Esta relação entre o EEESMP e a pessoa internada inicia-se, transforma-se e assume o seu significado e fundamento terapêutico na prestação de cuidados, tal como Lopes (2018) afirma “não é possível fornecer qualquer cuidado de enfermagem, exceto no contexto de uma relação” (Lopes, 2018: 45). Assim, o internamento em contexto de cuidados de saúde diferenciados permite não só a intervenção precoce, mas também permite o início da aliança terapêutica que potenciará a recuperação e a reintegração social da pessoa que sofreu um primeiro surto psicótico. Relação terapêutica esta que é tanto um contexto de cuidados como uma intervenção terapêutica per se (Lopes, 2018).

Esta relação não tem de, nem deve, terminar no final do internamento. Após a alta a evidência aponta-nos para uma necessidade de garantir o acompanhamento. Este acompanhamento, ou continuidade de cuidados é, para Joyce, Adair & Wild (2004) uma abordagem multidimensional que implica uma aposta na qualidade da relação terapêutica, na individualização dos cuidados, na acessibilidade¹, na articulação intra e interinstitucional (o que implica a integração

¹ Esta acessibilidade engloba aspetos como a redução dos tempos de espera, o alargamento do horário previsto para acompanhamento, a facilitação do processo de marcação do acompanhamento e a eliminação de barreiras geográficas, psicológicas e financeiras.

dos serviços e uma comunicação eficaz entre serviços de internamento e de ambulatório), no acompanhamento global assistindo a pessoa nas suas necessidades sociais, financeiras, recreacionais e vocacionais. Implica também uma gestão eficaz da transição para a comunidade que passa por um planeamento da alta precoce e abrangente para as necessidades do indivíduo. Esta continuidade de cuidados deve ser longitudinal, devendo investir-se num acompanhamento prolongado que permita uma autonomização sólida e ao ritmo da Pessoa. Todo este processo só é possível, para os autores (Joyce, Adair & Wild, 2004) através da ênfase na colaboração interdisciplinar e numa comunicação eficaz dentro da equipa e entre as equipas envolvidas nos cuidados à pessoa. Esta intervenção deve tender a ser centrada na Pessoa e nas necessidades por ela identificadas (Adair *et al.*, 2005).

Deste modo, pode concluir-se em parte que a intervenção promotora de uma continuidade de cuidados deve promover a qualidade da relação terapêutica estabelecida com a Pessoa e deve eliminar barreiras que possam causar desconforto e afastar a pessoa que sofreu o primeiro surto psicótico dos serviços que melhor podem fornecer uma resposta às suas necessidades. Sabemos, no entanto, que esta continuidade dos cuidados não está assegurada quer seja por questões organizacionais (ausência de um planeamento de alta atempado, global e individualizado na abordagem das suas necessidades, dotação insuficiente de recursos humanos qualificados, etc), quer seja por questões sociais (Adair *et al.*, 2005). Além disto, sabemos que o Plano Nacional de Saúde Mental (DGS, 2017) incita os profissionais de saúde a implementar estratégias de promoção da saúde mental e de prevenção da doença que permitam reforçar os serviços de Saúde Mental também neste contexto da continuidade dos cuidados. Estão então reunidas as condições que nos permitem afirmar a importância da intervenção que nos propomos desenvolver.

Em relação ao contexto desta assistência da continuidade de cuidados, sabemos que o Regulamento dos Padrões de Qualidade de Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental pugna por uma mudança de paradigma hospitalocêntrico e biomédico, para uma intervenção holística, de raiz comunitária, todavia, no contexto do estágio final percebe-se uma marcada falta de EEESMP na comunidade, assim como a ausência de programas comunitários relacionados com esta defesa da qualidade dos cuidados à pessoa com doença mental após a

alta, especialmente à pessoa que experienciava um primeiro surto psicótico e que pela primeira vez tem contacto com estas estruturas.

Ora, estando nós a desenvolver prática clínica no contexto hospitalar e havendo disponibilidade da equipa para alocar profissionais de saúde a esta prestação de cuidados ainda que dentro da instituição, pareceu-nos favorável, a nós e à equipa, desenvolver a nossa proposta de intervenção neste contexto. Além disto, como já aqui temos vindo a referir, a relação terapêutica que se estabelece no contexto de internamento de agudos é fruto de uma aliança terapêutica construída num processo gradual de confiança mútua. É, naturalmente, uma relação que não deve cessar na alta e que pode suportar a pessoa neste processo de transição para a comunidade.

Além disto, tal como define o REPE (OE, 2015a), o enfermeiro, suportando-se na relação de ajuda que estabelece com a pessoa, utiliza a metodologia científica no sentido de construir um processo de enfermagem que procure dar resposta às necessidades da pessoa. Deste modo, poderemos afirmar que, através desta proposta, estaremos a realizar “ações concretas a fim de melhorar a inclusão social e combater fenómenos de discriminação e de estigmatização.” (OE, 2011: 17035), tal como propõe o Regulamento para a Qualidade dos Cuidados de ESMP. Esta proposta de intervenção, como discutiremos adiante, permitir-nos-á também desenvolver competências de EEESMP e de Mestrado em Enfermagem. Afinal, estaremos a participar em programas de melhoria contínua de forma a assistir e ajudar a pessoa, e a sua família, a recuperar e a manter a sua saúde mental.

2.3. REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM: A RELAÇÃO TERAPÊUTICA NA TRANSIÇÃO PARA A COMUNIDADE

A prática de cuidados de enfermagem deve fundamentar-se em sólidos padrões de conhecimento. Se o nosso objetivo é estruturar uma resposta de continuidade de cuidados à pessoa que sofreu um primeiro surto psicótico, é necessário que olhemos para a teoria de enfermagem de modo a construir uma intervenção entrecruzada com o pensamento da Enfermagem.

Ao observarmos a problemática: a continuidade de cuidados à pessoa que sofreu um primeiro surto psicótico, encontramos dois focos importantes para a intervenção. O primeiro é naturalmente a transição, de certo modo a pessoa com um primeiro surto psicótico terá que regressar à comunidade depois de uma alteração de saúde efetiva que implicará a adesão a um

tratamento prolongado e, provavelmente, uma mudança nos hábitos de vida. Percebe-se então uma mudança de papéis e a necessidade de adaptação a esta nova condição de vida. O segundo foco relaciona-se, necessariamente, com a relação terapêutica. Se por um lado, um olhar sobre a transição é um foco importante, também uma preocupação pela relação terapêutica é estruturante para a prestação de cuidados neste contexto, tal como temos vindo a defender ao longo destas páginas.

Ao olharmos para a transição, naturalmente a Teoria das Transições trar-nos-á ferramentas para avaliação e intervenção neste contexto. Chick & Meleis (1986) ao definirem transição com um momento de stress e necessidade de adaptação entre dois períodos relativamente estáveis da vida da pessoa, defendem que uma transição ocorre sempre que alguém sofre um acidente ou uma situação aguda de doença e tem que recorrer aos serviços de saúde. A transição pode ser observada isoladamente na adaptação do indivíduo ao contexto dos cuidados de saúde, mas também no regresso a casa, após a alta. A nossa preocupação pela continuidade dos cuidados à pessoa que sofreu o primeiro surto psicótico conduz a nossa atenção para esse segundo momento.

De uma forma muito lata, o processo de transição ocorre num *continuum* em que uma alteração do estado de saúde implica alterações nos comportamentos de promoção da saúde e por fim altera de alguma forma a relação entre a pessoa e os serviços de saúde (Chick & Meleis, 1986).

As transições podem ser relacionadas com uma panóplia considerável de circunstâncias como o desenvolvimento humano, as situações de saúde-doença, eventos de vida intencionais ou arbitrários, mas todas elas implicam uma constelação única de respostas da pessoa que podem ser foco da intervenção de enfermagem, especialmente se se tratarem de respostas com baixa adaptação da pessoa, família ou comunidade (Meleis & Trangenstein, 1994).

São considerados como indicadores de uma transição saudável o bem-estar emocional, a adaptação, a capacidade funcional, o maior nível de consciencialização ou a transformação pessoal (Meleis, 2010). A autora descreve as transições não saudáveis como dificuldade na compreensão e/ou desempenho de um papel, de sentimentos ou objetivos associados ao comportamento, quer seja em relação ao próprio ou aos seus significativos e à sua circunstância (Meleis, 2010).

A dimensão das transições é variável: a pessoa pode experienciar uma transição singular, ou múltiplas, pode ser muito ou pouco disruptiva, pode ser temporária ou permanente, pode ser

breve ou prolongada no tempo, pode ser desejada ou não desejada, pode ser sentida como negativa ou como positiva, etc. (Chick & Meleis, 1986). A compreensão plena do fenômeno em relação a uma pessoa em particular implica uma verdadeira avaliação de todas estas dimensões. Olhando para a pessoa que sofreu um primeiro surto psicótico, é importante que se compreendam todas as variáveis envolvidas. Ou seja, esta Pessoa que experimenta esta alteração de saúde está a passar por outras transições? (ex: adaptação à faculdade, alteração no seu papel na família, consumo de substâncias psicoativas, etc), há quanto tempo experiência os sintomas? (ex: há alguns dias, semanas ou há já vários meses?). Estas são algumas das questões que o Enfermeiro deve colocar quando avalia a pessoa nesta circunstância, se o fizer à luz da Teoria das Transições.

Os padrões de resposta esperados podem ser a desorientação, o distress, a irritabilidade, a ansiedade, a depressão, alterações no conceito e percepção do self, alterações no desempenho de papel, alterações na auto-estima, etc. (Chick & Meleis, 1986) e tem que ser cuidadosamente avaliado pelo enfermeiro. Fica então claro que a transição é um processo em que início e fim não ocorrem em simultâneo e em que determinados aspetos da vida da pessoa serão mais afetados do que outros. Tal como a transição e o seu impacto não têm que ser limitados no tempo, os comportamentos associados à transição também não têm que ser limitados no tempo e a Pessoa pode continuar a desenvolvê-los mesmo que considere a transição como concluída (Chick & Meleis, 1986).

Salientamos então que a resposta da pessoa será SEMPRE única. Não é possível uma previsão plena da resposta de uma pessoa a um qualquer processo de transição pois esta será influenciada pela circunstância da pessoa naquele momento, das suas percepções sobre as variáveis envolvidas e sobre o próprio processo de transição e sobre as características do seu próprio *self* (Meleis & Trangenstein, 1994). Chick & Meleis, 1986 afirmam inclusivé que a transição só o é efetivamente se houver na pessoa uma consciência – *awareness* – do fenômeno e das alterações que este causa. É por tudo isto que a avaliação é fundamental e deve ser ao mesmo tempo criteriosa, individualizada e personalizada.

Nesta teoria, o processo de enfermagem inicia-se, assim, com uma avaliação da vivência da Pessoa na transição, procurando compreender o significado e impacto da transição na experiência de vida da Pessoa, além das dimensões da transição em si. Esta avaliação deve promover na Pessoa a expressão de sentimentos, expectativas e conhecimento sobre o fenômeno em torno do qual ocorre a transição (Halpin & Schanche, 2019). A intervenção, que se quer terapêutica, procurará ajudar a Pessoa a compreender melhor o fenômeno, a dar-lhe significado na sua

história de vida, desenvolvendo neste processo respostas adaptativas à situação de transição. A avaliação destas intervenções é imprescindível e implica a utilização de indicadores que avaliem a mestria da Pessoa na sua adaptação ao novo, ou novos, papéis em causa (Halpin & Schanche, 2019). Esta plenitude da avaliação do processo está de acordo com aquele que é um dos critérios de avaliação da segunda competência do EEESMP em que este profissional “Executa uma avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental do cliente” (OE, Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto: 21428) lançando assim os alicerces para que possamos adquirir esta competência.

O foco, e especialmente a medida desta intervenção, tem que estar, necessariamente relacionada com a percepção da Pessoa. É na compreensão desta percepção da Pessoa sobre o fenómeno, sobre o seu impacto e sobre as suas capacidades para lidar com ele que se fundamenta e entretece a intervenção do enfermeiro. Afinal, os processos e os resultados das transições dizem respeito a mudanças e adaptações do self e da sua circunstância (Chick & Meleis, 1986). Para tal, é importante que o enfermeiro compreenda e reduza o efeito das suas próprias percepções neste processo, assumindo neste percurso os limites da sua intervenção (Halpin & Schanche, 2019). Esta teoria pugna assim pela elevada consciência de si na relação estabelecida com a Pessoa, tal como o defende a primeira competência específica do EEESMP (OE, Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto), fornecendo-nos assim uma valiosa oportunidade para o desenvolvimento de competências.

O resultado obtido com a Pessoa é a já referida constelação de respostas que com certeza será única para esta e que pode incluir respostas como o alívio do stress causado pela transição, o aumento do stress associado à transição através de uma pré-ocupação e proatividade na resolução de problemas percebidos pela Pessoa, ou até mesmo uma neutralidade na resposta que antes não era possível (Halpin & Schanche, 2019). Os indicadores desenvolvidos para a intervenção terão, naturalmente, de ser sensíveis a estas nuances de resposta humana.

Um dos fatores da transição com maior impacto na vivência da pessoa é um eventual sentimento de desconexão com a realidade e com as relações prévias à transição. A necessidade de conexão é fundamental para a manutenção da integridade do self e para um padrão de resposta saudável a uma qualquer transição (Chick & Meleis, 1996). Deste modo, tal como já temos vindo a intuir, no que concerne à pessoa que sofreu um primeiro surto psicótico, é importante a consistência e transversalidade das relações estabelecidas durante o internamento. Orientando-nos pela Teoria das Transições compreendemos que uma relação estabelecida durante

o internamento vai ser fundamental para uma verdadeira continuidade de cuidados após a alta, facilitando o processo de transição do indivíduo nesta circunstância.

Posto isto, importa agora olhar de um modo mais pormenorizado para esta relação terapêutica. Olhando para a teorização da intervenção de enfermagem, compreendemos que a Teoria das Relações Interpessoais tende a ser onnipresente na compreensão dos processos de interação com a pessoa e na proposta de uma relação que é ao mesmo tempo contexto e intervenção e que procura ajudar a pessoa a alterar um comportamento ou situação que este acredita ser um problema (Peplau, 1992), o que em muito se assemelha à definição da Teoria das Transições sobre o papel do Enfermeiro.

Tal como na Teoria das Transições, a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau, pugna por uma avaliação focada especialmente na vivência que a pessoa, Paciente para Peplau, tem daquilo que considera o seu problema ou alteração do estado de saúde (Barker, 1998). Vemos novamente uma especial importância à percepção que a pessoa tem daquilo que vive e um ponto de partida que implica uma proatividade da sua parte na identificação de um problema. É desta consciência que se inicia a intervenção pela relação e no contexto da relação (Peplau, 1997), numa abordagem tendencialmente existencialista da experiência humana e da vivência da doença mental (Barker, 1998).

Peplau (1992) é peremptória quando afirma que o foco da enfermagem é a relação que se estabelece entre a pessoa e o Enfermeiro. É nesta relação que se procuram as mudanças de comportamento na pessoa e se promove o crescimento de ambos. É nesta relação, orientada para a resolução de um problema que a pessoa evolui, adapta-se e desenvolve novas competências. É também nesta relação, nesta alteridade, que o Enfermeiro se desenvolve, cresce e se torna mais consciente de si, compreendendo os seus limites e fortalecendo as suas competências (Peplau, 1992). Esta dimensão de desenvolvimento pessoal aponta-nos para para a primeira competência específica do EEESMP, permite que o Enfermeiro detenha cada vez mais elevada consciência de si na relação (OE, Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto). Afinal, tal como afirma (Nunes, 2018) esta relação entre a pessoa e o Enfermeiro é um encontro humano com um traço profissional. Tal como lembrou mais tarde Lopes (2018) a componente de desenvolvimento pessoal é fundamental no enfermeiro que desenvolve uma relação terapêutica, tanto pela elevada consciência de si na relação, como pelo desenvolvimento da sua perícia nas competências interpessoais essenciais à intervenção e à criação do contexto da intervenção.

Mais uma vez encontramos espelhado o que Meleis defendeu na sua Teoria das Transições, a intervenção terapêutica do enfermeiro facilita o processo de transição da pessoa e ajuda-

a a adaptar-se às novas circunstâncias e às novas exigências do papel, ou papéis, que virá a desempenhar (Meleis & Treangenstein, 1994).

Olhando então em particular para a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau encontramos alguns pressupostos. Uma das premissas em que Peplau (1992) se suporta é que toda a situação de doença é uma oportunidade que pode ser aproveitada, em conjunto com o enfermeiro, para uma aprendizagem experiencial. A equipa multidisciplinar, a família e outras pessoas significativas também são intervenientes importantes neste processo. A psicoeducação pode ser preponderante neste processo, pois permitirá ao enfermeiro ajudar a pessoa a compreender melhor o seu processo de doença, os sintomas mais comuns e conhecer melhor, dando significado, aos sintomas que mais impacto têm na sua vida (Peplau, 1992). Tal como veremos adiante, esta componente da teoria dará suporte à intervenção de psicoeducação que encontrámos na literatura e fundamenta em parte a quarta competência específica do EEESMP (OE, Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto) que pretendemos desenvolver ao longo deste Mestrado em Enfermagem.

A compreensão do papel do Enfermeiro é única nesta Teoria das Relações Interpessoais, (Peplau, 1992) representa o enfermeiro como um perito na relação que evolui neste processo, tal como já referimos, e que necessita de um alargado corpo de conhecimentos e consequente construto teórico não só para compreender a pessoa, mas também para a ajudar a compreender-se a si. A consciência desta responsabilidade do enfermeiro pautou a nossa prestação de cuidados ao longo do estágio final e, em grande parte, motivou-nos na construção da resposta/intervenção que vimos agora apresentar. Sabemos também que são quatro os componentes desta relação interpessoal: a pessoa e o enfermeiro; a perícia do enfermeiro e a necessidade/problema da pessoa. Estes são quatro componentes de uma construção única baseada na assunção que todo o comportamento humano pode ser estudado, compreendido e, se patológico, pode ser mudado. Para tal, o enfermeiro necessita informação sobre as dificuldades da pessoa, compreendendo o seu ponto de vista do problema, iniciando assim a intervenção terapêutica para a qual deve desenvolver a sua perícia (Peplau, 1992). É, no entanto, fundamental que aqui se deixe claro um dos pressupostos desta teoria: “nurses do not have the power to change the behavior of patients” (Peplau, 1992:15). Na verdade, a relação estabelecida e a perícia do enfermeiro assumem o papel de facilitadores do processo de mudança de comportamento da pessoa. Estes componentes evocam a necessidade de mudança e ajudam a escolher o caminho, mas quem o percorre e as escolhas que a pessoa faz são da sua inteira responsabilidade.

Esta relação processa-se então em quatro fases que muitas vezes se sobrepõem e cujos limites não são plenamente definidos: a fase da orientação, a fase da identificação, a fase da exploração e a fase da resolução (Peplau, 1997). A fase de orientação corresponde a um primeiro contacto entre enfermeiro e pessoa e inicia-se o processo de avaliação que pautará toda a relação interpessoal. Na fase da identificação o enfermeiro faz uma primeira avaliação da pessoa, do seu estado mental, daquilo que reconhece como problemas de saúde, confirma com a pessoa as suas perceções no sentido de criar um entendimento e uma plataforma de trabalho comuns. Definem-se assim as primeiras metas desta relação. Na fase da exploração o encontro entre enfermeiro e pessoa floresce e utilizam-se plenamente todos os recursos da relação e ambos os intervenientes vivem um desenvolvimento experiencial neste processo. A fase da resolução corresponde a reorganização da relação com sustentação da autonomia da pessoa em relação às dimensões daquilo que considerou como o seu problema e que foi o mote para todo este percurso.

No que diz respeito à população para a qual nos propusemos desenvolver uma resposta, a pessoa que sofreu um primeiro surto psicótico e que, após a alta, regressa à comunidade, podemos encontrar algumas orientações específicas retiradas desta teoria da enfermagem. Ao assumir-se que a relação é importante não só como contexto, mas também como instrumento de intervenção e que o sentimento de desconexão que surge num processo de transição traz stress, ou mesmo sofrimento à pessoa, compreende-se a importância de manter os laços estabelecidos durante o internamento para a garantia de uma verdadeira continuidade de cuidados. Deste modo, partimos para a revisão da literatura com esta consciência. Toda a intervenção que venhamos a encontrar suportada na evidência deverá ser englobada num processo que garanta esta continuidade de cuidados. Olhando para a Teoria das Relações Interpessoais, acreditamos que a fase da orientação e da identificação deverá ocorrer tendencialmente no internamento, mas a fase da exploração e da resolução poderão já ocorrer em contexto de ambulatório, trabalhando também novos problemas e novas metas que venham a surgir no regresso da pessoa ao seu contexto de vida, à comunidade.

Para nos ajudar a estruturar esta intervenção tivemos ainda necessidade de recorrer a uma outra teoria da enfermagem que tem sido desenvolvida por Lopes (2018). Tal como Peplau (1992), também Lopes (2018) reconhece os dois aspetos basilares da relação enfermeiro-pessoa: a relação é contexto e a relação é intervenção. Ao descrever o processo da relação, Lopes

(2018) atribui-lhe alguns atributos especiais: a confiança, o respeito, a intimidade profissional², empatia, poder³ e aliança terapêutica.

Ao percorrer sobre o processo, Lopes (2018) também coloca uma tônica relevante no primeiro encontro entre enfermeiro e a pessoa. Tal como Peplau (1992), Lopes (2018) atribui à motivação do enfermeiro uma proatividade clínica e/ou um imperativo ético para a intervenção, devendo analisar o impacto de quaisquer motivações pessoais para a relação. Indo mais além, Lopes (2018) identifica questões essenciais neste primeiro encontro de avaliação diagnóstica: o que a pessoa sabe? O que preocupa a pessoa? Quais são as suas capacidades/estratégias? Estes aspetos revelam novamente esta “pré-ocupação” com as percepções da pessoa sobre si e sobre a sua circunstância. O passo seguinte destas primeiras interações é uma avaliação objetiva do estado mental do indivíduo. Aliam-se aqui as impressões subjetivas da pessoa com as impressões tendencialmente objetivas do enfermeiro no sentido de clarificar o impacto das mudanças no auto-cuidado e nas suas relações com a família e comunidade (Lopes, 2018). Para Meleis (2010) este método permite compreender o processo de transição vivido pela pessoa, especialmente no que diz respeito à sua auto-consciência, dimensões da transição e padrões de resposta. Esta avaliação é necessariamente transversal a toda a intervenção terapêutica.

Focando-nos na garantia da continuidade de cuidados à pessoa que sofreu um primeiro surto psicótico sentimos que temos lançadas as fundações para uma intervenção nascida do pensamento da enfermagem e baseada na evidência. Acreditamos assim, estar no caminho para uma verdadeira continuidade de cuidados neste contexto.

² Este é um conceito que evoca em nós a reflexão sobre o *setting* terapêutico da enfermagem. O enfermeiro cuida e relaciona-se com o indivíduo no contexto da sua maior intimidade. O contexto para a intervenção muitas vezes proporciona-se durante a satisfação de muitas das necessidades humanas básicas.

³ Mais uma vez, este poder convida-nos à reflexão, pois Lopes (2018) afirma que o enfermeiro tem efetivamente mais poder por possuir uma maior influência dentro da organização do poder. No entanto, é necessário que o enfermeiro compreenda o papel deste poder e de que forma o pode utilizar para servir o cliente. O mau uso do poder, ou uma atitude paternalista são com certeza situações de abuso do poder.

3. METODOLOGIA DE PROJETO

Posto isto, ao olharmos para a problemática e para a conceptualização teórica por trás desta abordagem à pessoa que sofreu um primeiro surto psicótico, sentimos necessidade de desenvolver uma resposta de enfermagem especializada e baseada na evidência para dar resposta à necessidade identificada no contexto. Para o efeito, optámos por recorrer à metodologia de projeto para encontrarmos intervenções baseadas na evidência que possam ser estruturantes para o desenvolvimento desta resposta. Podemos então definir metodologia como “o conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de uma investigação científica” (Fortin, 1999:47).

A Metodologia de Projeto é uma metodologia associada à investigação cujo foco é a resolução de problemas. Este processo de investigação prevê uma mudança, uma vez que ao identificar o problema define estratégias de ação, procurando a solução ou a melhoria possível.

Sabendo que as principais funções da investigação compreendem a descrição, explicação e predição, e que cada uma delas corresponde a um nível no processo de aquisição dos conhecimentos (Fortin, 1999), desenvolver este método de investigação significa escolher um caminho, definir o percurso, que não sendo estanque, poderá requerer reavaliação, poderá ser reinventado (Silva & Menezes, 2001).

Neste âmbito Ruivo *et al.* (2010:30) afirmam que a “metodologia de trabalho de projeto consiste na adoção de um conjunto de procedimentos, técnicas e instrumentos com vistas a atingir os objetivos do projeto. Estes objetivos estão relacionados com a resolução de um problema ao qual a metodologia de projeto deve dar resposta, “este método de trabalho; baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções para sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática baseada em evidência” (Ruivo *et al.*, 2010:30).

Salientamos que realizar investigação em saúde, nomeadamente investigação em enfermagem implica, muitas vezes, estudar uma população constituída por indivíduos fragilizados física ou psicologicamente, de uma forma temporária ou permanente: por isso, devem ser alvo de cuidados redobrados atendendo ao dever de proteção daqueles que estão mais fragilizados e vulneráveis (Nunes, 2011).

A elaboração e a concretização do projeto em si conduzem à aquisição de capacidades e competências pessoais e profissionais; consequentemente promove a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. A prática baseada na evidência, com base nos referenciais éticos e deontológicos subjacentes são fundamentais no desenvolvimento de Competências do Enfermeiro Especialista em qualquer das áreas de especialidade e no desenvolvimento de Competências de Mestre em Enfermagem. Sabemos que a metodologia de projeto enquanto método de resolução de problemas potencia não só a construção de uma resposta real para problemas reais, mas também o desenvolvimento de competências pessoais neste processo (Ruivo *et al.*, 2010)

Consideramos a definição de metodologia de projeto como um “conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real.” (Ruivo *et al.*, 2010:3). É fundamentada no conhecimento teórico, constituindo-se como um elo de ligação entre a teoria e a prática (Ruivo *et al.*, 2010)

Esta consciência torna-se promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência, envolvendo técnicas e procedimentos que se centram na investigação, análise e resolução de problemas reais do contexto e constituída pelas etapas: Diagnóstico da situação; Definição de objetivos; Planeamento; Execução e Avaliação; Divulgação dos resultados (Ruivo *et al.*, 2010).

Escolhemos a metodologia de projeto para a estruturação da nossa intervenção não só por nos permitir construir uma resposta para um problema indentificado, mas também porque catalizou o nosso processo de desenvolvimento de competências de EEESMP e de Mestre em Enfermagem.

3.1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

No âmbito do estágio final, a motivação para adquirir e aprofundar competências na área da ESMP, associada ao conhecimento e experiência partilhados pela Enfermeira Orientadora e pelo Docente Orientador, permitiram a integração na dinâmica da equipa multidisciplinar (do local onde decorreu o estágio). Integrar a dinâmica da equipa e prestar cuidados à pessoa durante o internamento no primeiro surto psicótico, foram fatores promotores de desenvolvimento das competências de EEESMP, evidenciando a necessidade de uma resposta especializada efetiva e adequada na reintegração ao meio social e familiar, após internamento.

Considerando que “em contexto de cuidados de saúde deve ser realizada uma análise global das necessidades da população, com o objetivo de perceber e aproveitar os recursos disponíveis para desenvolver estratégias e ações, que permitam a promoção da melhoria do estado de saúde da população” (Ministério da Saúde, 2018: 81) surge o tema alvo de interesse a investigar neste percurso de desenvolvimento pessoal e profissional.

Como já foi referido, na doença mental a psicose assume características específicas, sendo atualmente preconizado um período de internamento hospitalar tendencialmente mais curto torna-se premente o acompanhamento após a alta; gerar respostas que garantam a continuidade de cuidados promotoras de redução no elevado número de reinternamentos. O papel do EEESMP após a alta, assume enorme importância através do planeamento de intervenções promotoras de melhoria e ganhos em saúde.

O diagnóstico da situação é a primeira fase da Metodologia de Projeto, trata-se de uma fase “dinâmica, num processo contínuo, que deverá ser realizado, num curto espaço de tempo, tendo por objetivo a possibilidade de implementar estratégias adequadas e pertinentes em tempo útil” e “deve corresponder às necessidades de saúde das populações.” (Ruivo *et al.*, 2010:10).

De acordo com o descrito considerámos que a alta após internamento deve ser programada numa perspetiva de garantia de continuidade de cuidados, numa verdadeira promoção da recuperação da pessoa. Assim, identificamos, no decorrer do estágio final a inexistência de uma rede de apoio efetivo após a alta da pessoa que sofreu um primeiro surto psicótico, quer na comunidade, quer na instituição de cuidados diferenciados aqui referida, emergindo daqui a necessidade de intervenção do EEESMP. Além disto, como temos vindo a referir, a aliança terapêutica estabelecida durante o internamento entre o enfermeiro e a pessoa potencia a readaptação da pessoa - e família - ao contexto de vida habitual. Deste modo, e tendo estado nós em contexto de internamento hospitalar, fez-nos sentido, a nós e à equipa multidisciplinar, que a resposta a apresentar fosse desenhada em ambulatório, mas ainda dentro do DPSM. Deste modo o indivíduo poderia manter o laço com a instituição e com o enfermeiro de referência – protegendo e enaltecendo a aliança terapêutica estabelecida - desfrutando de um acompanhamento, personalizado e especializado.

Além disto, esta necessidade é reforçada pelo elevado número de reinternamentos verificados não só durante o nosso estágio, mas também ao longo dos anos de existência do DPSM, onde 34% dos internamentos referentes ao ano 2018 correspondiam a internamento por surto psicótico, tal como já referimos.

Uma vez que existem, no DPSM onde decorreu o estágio, recursos humanos e físicos disponíveis para garantir a continuidade de cuidados após alta à pessoa internada por um primeiro surto psicótico, considerámos reunidas todas as condições necessárias para o desenvolvimento de um projeto de intervenção nesta área, que visa reduzir a frequência destes reinternamentos e promover verdadeiramente a garantia de continuidade dos cuidados de enfermagem de qualidade, bem como a recuperação da máxima funcionalidade da pessoa.

3.2. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Se os objetivos pautam os resultados, neste percurso de desenvolvimento de competências foi necessário aliar os objetivos inerentes ao nosso estágio final com as necessidades do serviço. Assim, de modo a desenvolver competências de EEESMP e promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados na instituição, procuramos dar resposta a uma necessidade evidente no contexto, pugnando sempre por uma prática baseada na evidência.

O EEESMP, no âmbito das suas competências, deve promover uma abordagem integrada da pessoa, no âmbito deste trabalho a pessoa com primeiro surto psicótico; desenvolve intervenções não só no internamento, na comunidade, mas também poderá ser diferenciador na ponte entre a programação da alta e o regresso à comunidade.

A relação desenvolvida entre a pessoa internada e o EEESMP, permite planejar cuidados especializados que potenciem a máxima funcionalidade daquela pessoa. Este período de reintegração, no seu contexto, na comunidade, pretende ser promotor da saúde, da autonomia e da qualidade de vida da pessoa que sofreu primeiro surto psicótico, após alta.

Importa então identificar as intervenções do EEESMP junto da pessoa internada por primeiro surto psicótico, após a alta, no contexto dos cuidados diferenciados. No objetivo desta revisão de literatura a prática baseada na evidência prevê metodologias e processos para a identificação de evidências de que determinado tratamento, ou meio diagnóstico é efetivo, com estratégias para avaliação da qualidade dos estudos e mecanismos para a implementação na assistência (Santos, Pimenta & Nobre, 2007). A adoção desta prática baseada na evidência permite ao EEESMP munir-se dos conhecimentos atualizados e fundamentados para a melhoria contínua dos cuidados prestados (Apóstolo, 2017). Considerando que os resultados que se pretendem atingir devem ser precisos, mensuráveis e exequíveis, esta etapa da metodologia de projeto,

em que se procede à formulação dos objetivos, deve ser por definição clara e centrada na resolução do problema e apresentando quais os resultados a alcançar (Ruivo *et al.*, 2010).

Pelo descrito, definimos como objetivos:

- Realizar uma revisão scoping acerca das intervenções do EESMP após alta do internamento por 1º surto psicótico
- Identificar as intervenções do EESMP junto da pessoa com diagnóstico de psicose, após a alta no contexto dos cuidados diferenciados.

3.3. PLANEAMENTO

A concretização dos objetivos definidos depende de um eficiente planeamento, quer nas intervenções, quer nos recursos a utilizar. O planeamento constitui a terceira fase da metodologia de projeto, inclui um conjunto de intervenções que se tenciona realizar, definindo o uso de recursos e um plano detalhado de métodos e técnicas a usar, que estarão interligadas com os objetivos predefinidos (Ruivo *et al.*, 2010).

A prática da enfermagem implica não só a competência clínica do enfermeiro e o seu pensamento clínico, mas também a mais recente e robusta evidência científica (Domenico & Ide, 2003).

No domínio das suas competências o EESMP utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade bem como deve melhorar a informação para a decisão no processo de cuidar (OE, 2019). Neste contexto, a Prática Baseada na evidência (PBE) é a estratégia mais eficaz para melhorar os resultados em saúde e implica não só a mais recente evidência, como também o seu emprego de uma forma criteriosa nas tomadas de decisão do enfermeiro. É, em última análise uma importante ferramenta de resolução de problemas (Chiwaula *et al.*, 2018)

A OE também esclarece que a PBE constitui um pré-requisito para a excelência e a segurança dos cuidados, assim como para a otimização de resultados de Enfermagem (OE, 2006). De acordo com as competências e padrões de qualidade do exercício do EESMP, a PBE é simultaneamente uma necessidade e um imperativo. Consideramos que fundamentar decisões através da PBE, permite ao EESMP uma célere e eficaz resolução dos problemas identificados.

Prestar cuidados em contextos passíveis de constante mutação, (como acontece nos serviços de internamento de agudos, nomeadamente na UICDP), impõe a capacidade de mobilizar a evidência para suprimir práticas não eficazes, não eficientes ou em desacordo com os resultados científicos mais atuais (Chiwaula *et al.*, 2018).

Tendo por base os objetivos definidos, desenvolveu-se uma revisão scoping utilizando a metodologia de Joanna Briggs Institute (JBI). As revisões scoping permitem mapear toda a evidência disponível acerca de um assunto, identifica quais os tipos de evidência que existem, as lacunas em termos de conhecimento científico e clarificam conceitos chave e definições na literatura existente (Peters *et al.*, 2020).

Na revisão scoping, utilizando as etapas do Joanna Briggs Institute, Aromataris & Munn (2020) utilizaremos o seguinte percurso:

1. Formulação da questão de investigação.
2. Definição dos critérios de inclusão e de exclusão.
3. Localização dos estudos através da pesquisa nas bases de dados.
4. Seleção dos artigos para inclusão.
5. Avaliação da qualidade dos estudos.
6. Extração dos dados
7. Análise e síntese dos principais resultados.
8. Apresentação e interpretação dos resultados.

Com base nesta metodologia foi utilizado o acrónimo PCC (população, conceito e contexto) para a formulação da questão de investigação:

- População(P): pessoa com diagnóstico de psicose
- Conceito (C): intervenções do EEESMP
- Contexto (C): após alta, no contexto de cuidados diferenciados

De acordo com o acrónimo referido, definimos então como questão de investigação:
Quais as intervenções do EESMP à pessoa internada por primeiro surto psicótico, após alta em contexto de cuidados diferenciados?

Para lhe dar resposta realizamos uma pesquisa nas bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, MedicLatina entre os dias 16 de novembro de 2019 e 1 de dezembro de 2019.

Os artigos foram procurados em inglês, português, francês e espanhol, dentro do intervalo temporal de 10 anos, de 2009 a 2019 e foram utilizados os seguintes conjuntos de descritores e operadores booleanos:

1. psychosis AND psychotic disorder AND psychiatric nursing, AND intervention
2. psychotic disorder AND intervention AND continuity of patient care
3. psychosis AND intervention AND continuity of patient care AND psychiatric nursing AND case management

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão e de exclusão:

- Critérios de inclusão - estudos realizados com pessoas com psicose após a alta e estudos realizados em contexto de continuidade de cuidados hospitalares.
- Critérios de exclusão - estudos sobre mulheres com psicose pós-parto; estudos com população exclusivamente adolescente, estudos com população exclusivamente idosa, estudos realizados no âmbito dos cuidados de saúde primários.

Foi encontrado um total de 142 artigos, após terem sido retirados os artigos duplicados, ficou-se com um total de 98 artigos. Após leitura do título e resumo destes artigos foram retirados 78 artigos que não correspondiam aos critérios de inclusão e exclusão. Os 20 artigos restantes foram lidos na íntegra, tendo sido excluídos 15 por não corresponderem aos critérios de inclusão. A força da evidência dos cinco artigos restantes foi analisada de acordo com as grelhas de avaliação da JBI. Na figura 1 está ilustrado este processo de seleção de artigos.

Na evidência selecionada, encontrámos dois artigos de revisão sistemática e três estudos observacionais descritivos. A informação considerada relevante para o tema em investigação, extraída dos artigos eleitos, foi compilada na tabela 1.

Figura 1 - Fluxograma ilustrativo da recolha de artigos, adaptado de Moher et al (2009)

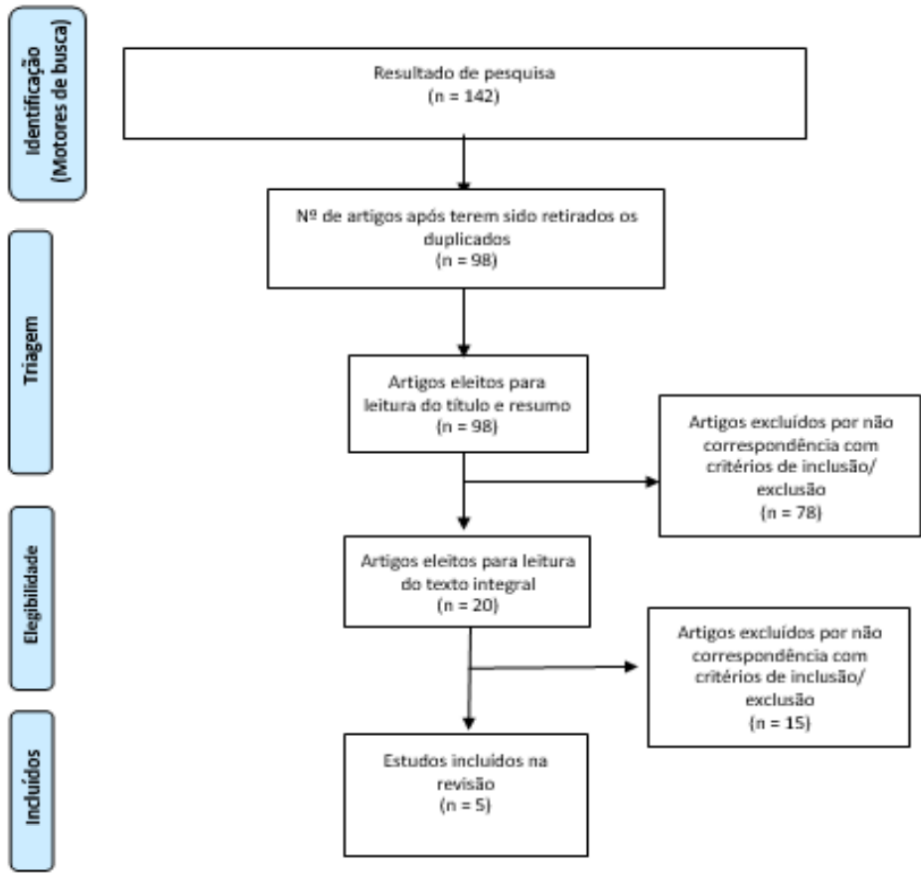


Tabela 1- Características metodológicas dos estudos selecionados e principais resultados

Identificação do estudo	Objetivo do estudo	Desenho Nível de Evidência (Peters et al. 2017)	Participantes (tipo e número)	Fenómeno de interesse
Lutgens, D.et al. (2017)	Avaliar a eficácia de intervenções não biológicas para sintomas negativos em contextode transtorno psicótico	Revisão sistemática meta análise 1.b	95 estudos	Tipos de intervenção, identificadas sete categorias: (1) TeoriaCognitivo-comportamental; (2) Treino de habilidades; (3) Teorias neurocognitivas; (4) Exercício; (5) Terapia Arte e música; (6) Intervenção familiar; (7) Diversas intervenções
Resultados/ Conclusões	As terapias são uteis na redução dos sintomas negativos de psicose. As eficácias das intervenções são geralmente modestas, é necessária mais pesquisa sobre eficácia das intervenções.			

Identificação do estudo	Objetivo do estudo	Desenho Nível de Evidência (Peters et al. 2017)	Participantes (tipo e número)	Fenômeno de interesse
K. BuldukogluPHD, RN (2016)	Determinar os efeitos dos estilos de liderança e percepção dos cuidados de enfermagem sobre o crescimento pós-traumático em transtornos mentais	Estudo descritivo 3.e.	122 indivíduos com psicose	As EESMP devem estar cientes que o desenvolvimento de distúrbio mental é um evento traumático para a vida. Em qualquer fase da sua vida os indivíduos podem enfrentar súbitos e inesperados acontecimentos que lhes causam danos, tanto físico como mental. A resposta de cada indivíduo é específica, situações de distúrbio mental podem ter repercussões na sua vida, na vida da sua família e até na comunidade. A EESMP pode ajudar a pessoa a recuperar, após diagnóstico e planeamento de intervenções especializadas.
Resultados/ Conclusões	Na literatura existem poucos estudos com pacientes diagnosticados com psicose. Enfermeiros EESMP podem proporcionar crescimento aos indivíduos após o diagnóstico psiquiátrico. Doentes com patologia psiquiátrica utilizam melhores mecanismos de coping se ficarem satisfeitos com os cuidados de enfermagem recebidos; os doentes mostraram um crescimento pós-traumático de alto nível. Também se verificou que a capacidade de utilização de mecanismos de coping e a satisfação com os cuidados de enfermagem ajudaram os doentes a crescer após a experiência de trauma. A enfermeiras EESMP conseguem prestar cuidados diferenciados perante o doente com diagnóstico psiquiátrico. Para garantir esta capacidade de crescimento pós trauma as enfermeiras EESMP devem potenciar os mecanismos de coping aos doentes identificados. Através da escuta ativa, a enfermeira permite que a pessoa com patologia psiquiátrica partilhe as suas experiências. Sofrer um distúrbio mental causa ansiedade e desespero na pessoa.			
Identificação do estudo	Objetivo do estudo	Desenho Nível de Evidência (Peters et al. 2017)	Participantes (tipo e número)	Fenômeno de interesse
Batscha et al (2015)	Explorar a exequibilidade, os resultados e o custo de uma intervenção de transição para a promoção da adesão à primeira consulta após a alta no indivíduo com psicose	Estudo observacional descritivo 3.e.	15 Indivíduos admitidos com psicose numa unidade de internamento de agudos	<ul style="list-style-type: none"> - Agendar consulta - Relembrar com carta -Empoderamento do paciente através de literacia em saúde e psicoeducação -Promoção da autoeficácia na gestão do regime terapêutico -Programa de melhoria continua Intervenção Entrevista de preparação para a alta em que se identificam as barreiras ao cuidado em saúde mental, duvidas, carta: -Que duvidas tem -Confirmar se sabe onde é a consulta externa -Promover o contacto do paciente com o contacto com o psiquiatra de referência na consulta externa. Envio da carta de orientação para o domicílio

				Encontro com o paciente momentos antes da consulta médica.
Resultados/ Conclusões	Carta para preparação de alta; é exequível e pouco dispendioso construir uma ponte entre a alta e a primeira consulta, o enfermeiro poderá intervir ativamente neste processo de ligação.			
Identificação do estudo	Objetivo do estudo	Desenho Nível de Evidência (Peters et al. 2017)	Participantes (tipo e número)	Fenómeno de interesse
Murphy et al (2009)	Descrever a implementação de uma intervenção precoce com componentes múltiplos em indivíduos a experienciar psicose.	Estudo observacional descritivo 3.e.	151 indivíduos admitidos com psicose numa unidade de internamento de agudos	-Formação profissional -Colheita dados/intervenção especializada -Intervenção em grupo -Intervenção integrada com a comunidade
Resultados/ Conclusões	Salieta a necessidade de um serviço orientado na deteção precoce, recuperação e prevenção de recaídas.um serviço cujo modelo gestor de caso facilite a aceitação da doença; gestores de caso podem ser enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais ou terapeutas ocupacionais. A maioria dos clientes com psicose necessitam de tratamento involuntário. O atendimento hospitalar deve possuir pessoal especializado com competências que permitam: 1)definir estratégias de deteção precoce para reduzir o tratamento, 2) definir intervenções específicas para minimizar o risco de recaída, 3) maximizar a qualidade de vida, 4)envolver ativamente as famílias ou cuidadores no tratamento.			
Identificação do estudo	Objetivo do estudo	Desenho Nível de Evidência (Peters et al. 2017)	Participantes (tipo e número)	Fenómeno de interesse
Skalli & Nicole (2011)	Desenvolver uma revisão sistemática sobre os programas especializados na intervenção junto da pessoa com psicose	Revisão sistemática de estudos randomizados controlados e outros estudos 1. b.	5 programas de intervenção	-Intervenções com a família -Intervenção imediata e recorrente com a família -Promover a psicoterapia dinâmica -Promover a psicoterapia cognitivocomportamental -Intervenção comunitária intensiva com hospitalizações curtas Intervenção familiar visando a psicoeducação e treino de competências sociais- primeiros 2 anos -Primeiros 3 anos -Desenvolver 1 visão realista dos eventos psicossociais das relações significativas e dos recursos do quotidiano -Tudo através da terapia de grupo Equipa constituída por: Psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, técnico superior do serviço social, conselheiro
Resultados/ Conclusões	Houve melhoria dos sintomas positivos, melhoria dos sintomas negativos, melhoria na adesão ao tratamento, diminuição do consumo abusivo de substâncias e de doses aumento de terapêutica prescrita (2ª geração) Populações pequenas Preparação previa para diminuir os reduzir reinternamentos, o sofrimento da pessoa com psicose e aumentar a eficácia da intervenção.			

3.4. EXECUÇÃO

Esta fase da metodologia é crucial na aprendizagem, no desenvolvimento de competências e na mobilização de conhecimentos que visam a resolução de problemas. “A ruptura entre o real mental e o real construído coloca ao(s) participante(s) diversos problemas que, ao serem resolvidos, podem potencializar o(s) seu(s) leque(s) de competências” (Ruivo *et al.*, 2010:23). Seguindo a metodologia de projeto, a mobilização dos conhecimentos adquiridos permitem analisar que um “esboço de desejo”, começa a tornar-se numa situação real construída.” (Ruivo *et al.*, 2010:23).

Na fase de execução, ocorre a materialização do plano, ou seja, é implementado o que foi anteriormente planeado, na execução é assumida uma praxeologia que possibilita a evidência dos princípios que norteiam a acção e a sua eficácia, isto se considerarmos que a execução foi transformadora como resultado duma análise da experiência (Ruivo *et al.*, 2010).

Na análise dos artigos seleccionados, tal como já aqui referimos, compreendemos que em qualquer fase da vida, súbitos e inesperados acontecimentos, nos quais incluímos o primeiro surto psicótico, podem originar danos psíquicos, orgânicos e sociais. A resposta de cada pessoa a estas situações é única e específica, pelo que a intervenção do EEESMP neste processo de saúde-doença se torna essencial.

Sabemos que as intervenções do EEESMP pretendem contribuir para o ajustamento das respostas da pessoa doente face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, stresse do prestador de cuidados, promoção da autonomia, entre outros), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, tentando promover a recuperação e qualidade de vida (OE, 2015b).

Verificámos, através dos estudos analisados que as intervenções junto da pessoa com psicose, na continuidade de cuidados após alta devem iniciar-se ainda no internamento (Batscha *et al.*, 2015; Buldukoglu, 2016; Murphy *et al.*, 2009). O EEESMP durante o internamento, estabelece uma relação terapêutica, cujo desenvolvimento permite à pessoa partilhar as suas experiências, com base num crescente desenvolvimento dos seus mecanismos de coping (Buldukoglu, 2016). Outro autor acrescenta que “Os doentes com patologia psiquiátrica desenvolvem mecanismos de coping mais eficazes se ficarem satisfeitos com os cuidados de enfermagem recebidos” (Lutgens, *et al* 2017).

Sendo a nossa investigação centrada nas intervenções do EEESMP após alta, torna-se relevante os dados aferidos nos estudos analisados, designadamente que:

- Apenas 42% das consultas iniciais após alta do internamento em psiquiatria são mantidas (Batscha *et al.*, 2015);
- Não comparecer às consultas psiquiátricas, após alta, está identificado na literatura como um problema generalizado, aumentando a probabilidade de reinternamento (Batscha *et al.*, 2015);
- Entre 25% e 50% dos pacientes que faltam às consultas de saúde mental abandonam completamente o tratamento (Skalli & Nicole, 2011);
- Abandonar o tratamento após alta do internamento eleva a probabilidade de reinternamento de 1% para 25% (Batscha *et al.*, 2015).

Dando então resposta à pergunta de investigação, de acordo com a metodologia de projeto e seguindo a pesquisa efetuada, definimos quatro áreas de intervenção, especificamente:

1. Importância do EEESMP na preparação para alta
2. Intervenção do EEESMP na promoção da gestão do tratamento e na prevenção de recaída na consulta de acompanhamento
3. Intervenção multidisciplinar,
4. (re)Integração na família/comunidade

De acordo com os autores em análise, passamos a descrever cada um dos pontos identificados, assim:

1-Importância do EEESMP na Preparação da alta

Os resultados indicam que é possível realizar uma intervenção de transição hospital- ambulatório, intervenção promove a ponte entre o tratamento psiquiátrico hospitalar e o tratamento psiquiátrico em ambulatório. A preparação da alta tem início com a programação de uma entrevista que deve ser efetuada até ao fim do dia da alta, com os seguintes procedimentos (Batscha *et al.*, 2015).

- Agendar consulta
- Relembrar com carta
- Empoderamento do paciente através de literacia em saúde e psicoeducação
- Promoção da auto-eficácia do regime terapêutico

- Programa de melhoria continua
- Entrevista de preparação para a alta em que se identificam as barreiras ao cuidado em saúde mental.
- Questionar acerca das suas dúvidas,
- Confirmar se sabe onde é a consulta externa
- Promover o contacto da pessoa com o psiquiatra de referência na consulta externa
- Envio da carta de orientação para o domicílio

É de referir que intervenções de psicoeducação apenas numa curta sessão, terão resultados mais limitados do que um programa de psicoeducação que se inicie ainda durante a fase inicial do internamento (Lutgens et al., 2017). Estas intervenções devem ser desenvolvidas por um enfermeiro de referência (Batscha *et al.*, 2015) que terá novamente contacto com a pessoa, o enfermeiro da consulta de acompanhamento. Estes achados estão em linha com o que a literatura nos tem vindo a demonstrar no que diz respeito à preparação precoce para a alta, como na centralização da prestação de cuidados no enfermeiro de referência que poderá manter a relação terapêutica estabelecida num contexto fora do internamento, ou seja, numa dinâmica de continuidade de cuidados.

2-Intervenção do EEESMP na promoção da gestão do tratamento e na prevenção de recaída na consulta de acompanhamento.

No contexto de consulta de acompanhamento foram determinadas como intervenções (Batscha *et al.*, 2015) do enfermeiro:

- Desenvolver uma visão realista dos eventos psicossociais das relações significativas e dos recursos do quotidiano, o que vai muito ao encontro da importância da percepção da pessoa sobre a sua situação de doença descrita por Chick & Meleis (1986) na Teoria das Transições, por Peplau (1992) na Teoria das Relações Interpessoais e por Lopes (2018);
- Intervenção na integração na comunidade;
- Promover treino de competências sociais (Murphy *et al.*, 2009);
- Promoção do exercício físico;
- Intervenção familiar visando a psicoeducação e a literacia em saúde (Batscha *et al.*, 2015);
- Identificar ausências, mobilizar esforços para garantir a remarcação e consequente comparecimento do indivíduo na consulta;

- Efetuar acompanhamento telefónico;
- Remarcar consulta;
- Via clínica (Batscha *et al.*, 2015), que procura aumentar a acessibilidade aos serviços de saúde. Algo que já aqui defendemos no caso do indivíduo em contexto de ambulatório e que foi reforçado por Joyce, Adair & Wild (2004).
- Encaminhar o indivíduo em caso de necessidade de cuidados específicos, como a psicoterapia dinâmica e a psicoterapia cognitivo-comportamental (Skalli & Nicole, 2011).

A via clínica pretende promover a acessibilidade aos cuidados, uma estratégia de minimização de danos em serviços de saúde difíceis de contornar. Um compromisso recíproco entre a pessoa e EEESMP. Estes achados trazem força à necessidade de planeamento e estruturação de uma consulta de enfermagem especializada de acompanhamento efetivo após alta, à pessoa que sofreu um primeiro surto psicótico.

Com o desenvolvimento destas intervenções houve melhoria dos sintomas positivos, melhoria dos sintomas negativos e melhoria da adesão ao tratamento (Batscha *et al.*, 2015; Skalli & Nicole, 2011) São intervenções com impacto nos sintomas da psicose que persistem após a alta, como os sintomas negativos de causa não orgânica (Lutgens, et al. 2017).

Em suma, compreende-se que o EEESMP, através da sua capacidade de avaliação diagnóstica e intervenção terapêutica pode ajudar a pessoa a recuperar após alta. O adequado planeamento de intervenções especializadas permite a avaliação diagnóstica das reais necessidades da pessoa em consonância com as suas perceções (Buldukoglu, 2016): uma efetiva intervenção terapêutica. De acordo com as suas competências específicas, o EEESMP assiste o indivíduo a manter e/ou recuperar a sua saúde mental, fazendo um diagnóstico criterioso das suas necessidades em saúde mental e prestando cuidados diferenciados, designadamente psicoterapêuticos, socio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais.

3-Intervenção multidisciplinar

A intervenção neste contexto, tal como está descrito na literatura, deverá ter uma tendência multidisciplinar. Através desta revisão salientamos a necessidade de um serviço orientado na deteção precoce, recuperação e prevenção de recaídas. Um serviço cujo modelo de gestor de caso facilite a aceitação da doença. O gestor de caso será um técnico de referência com uma relação privilegiada com a pessoa, uma relação de confiança estabelecida com a pessoa que a ajuda a compreender e gerir as suas necessidades reais de cuidados. (Murphy *et al.*, 2009)

A maioria das pessoas internadas por surto psicótico carecem de tratamento após alta, tornando-se assim flexibilidade da equipa um determinante essencial (Skalli & Nicole, 2011).

Quando a equipa é constituída por: psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, técnico superior do serviço social, aumenta a percentagem de recuperação e retenção de doentes (Skalli & Nicole, 2011).

O atendimento hospitalar deve então possuir um conjunto de profissionais com competências que permitam potenciar ou atingir as seguintes metas (Murphy *et al.*, 2009).

- Definir estratégias de deteção precoce para reduzir o tratamento;
- Definir intervenções específicas para minimizar o risco de recaída;
- Maximizar a qualidade de vida.

O EEESMP no âmbito das suas competências torna-se um elemento fulcral nesta dinâmica multidisciplinar. Tal é verdade não só pelas competências associadas à sua prática profissional, mas também pela concetualização que subjaz ao seu exercício neste contexto em particular.

4-(Re)Integração na família/ comunidade

Sendo a pessoa um elemento num sistema socio-familiar, é necessário que o EEESMP tenha presente o seu contexto. A evidência dos estudos aqui incluídos indica que após alta, a integração no seu contexto é fundamental.

Os cinco estudos selecionados descrevem a importância de planear intervenções que incluam a pessoa no seu habitual contexto, que podem englobar intervenção com a família, assim como com a comunidade onde se insere. Dos estudos selecionados salientamos:

- Intervenção imediata e recorrente com a família (Skalli & Nicole, 2011);
- envolver ativamente as famílias ou cuidadores no tratamento (Murphy *et al.*, 2009);
- Intervenção familiar (Lutgens, et al. 2017);
- Intervenção familiar visando a psicoeducação e treino de competências sociais (Skalli & Nicole, 2011);
- Intervenção na (re)integração na comunidade (Murphy *et al.*, 2009).

3.5. AVALIAÇÃO

A avaliação, na metodologia de projeto, preconiza a aferição da concretização dos objetivos inicialmente propostos. Caracteriza-se por permitir retrocessos, redefinir a análise da situação, reelaborar os objetivos, a ação em si, a escolha dos meios e ainda a análise dos resultados obtidos (Ruivo *et al.*, 2010:25)

Nesta fase da Metodologia de Projeto “devemos refletir sobre possíveis alterações que podem ser realizadas; um processo dinâmico que implica a comparação entre objetivos definidos inicialmente e os alcançados no final” (Ruivo *et al.*, 2010:25). Deste modo, na avaliação de um projeto, os objetivos inicialmente propostos e os resultados alcançados dão resposta à problemática identificada inicialmente (Ruivo *et al.*, 2010). Avaliar os resultados alcançados significa identificar os pontos positivos e os pontos negativos do Projeto; “identificar outras questões que podem vir a constituir-se como futuras temáticas de análise ou até noutros projetos, resultado deste projeto inicial” (Ruivo *et al.*, 2010:25).

A avaliação dos artigos selecionados salienta a necessidade de um serviço orientado na deteção precoce, recuperação e prevenção de recaídas. Um serviço cujo modelo gestor de caso facilite a aceitação da doença. Os gestores de caso podem ser enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais ou terapeutas ocupacionais. O atendimento hospitalar deve possuir pessoal especializado com competências que permitam:

- Definir estratégias de deteção precoce para reduzir o tratamento;
- Definir intervenções específicas para minimizar o risco de recaída;
- Maximizar a qualidade de vida;
- Envolver ativamente as famílias ou cuidadores no tratamento.

No desenvolvimento desta etapa da metodologia de projeto, percebemos que avaliação deve disponibilizar os elementos que se configuram como necessários para intervir com o objetivo de melhorar “a coerência (relação entre o projeto e o problema), a eficiência (gestão dos recursos e meios atendendo aos objetivos) e a eficácia (relação entre a ação e os resultados)” (Ruivo *et al.*, 2010:24).

A revisão scoping da literatura permitiu aferir resultados para uma PBE. Podemos referir que os objetivos definidos na metodologia desenvolvida foram alcançados uma vez que há evidência científica que fundamenta a nossa proposta de consulta após alta. Podemos assim avançar para o planeamento de uma consulta de ESMP após alta à pessoa com primeiro surto psicótico.

3.6. DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS

A última fase da metodologia de projeto, a divulgação dos resultados é uma fase importante na estruturação e desenvolvimento do projeto, tornando-se parte integrante na medida em que “se dá a conhecer à população em geral e outras entidades a pertinência do projeto e o caminho percorrido na resolução, de um determinado problema” (Ruivo *et al.*, 2010:31).

Assim, podemos afirmar que a divulgação dos resultados promove o conhecimento “esforços realizados pela instituição na melhoria dos cuidados, fornece informação científica aos clientes e a profissionais, servindo de exemplo para outros serviços e instituições.” (Ruivo *et al.*, 2010:31) promove o desenvolvimento dos profissionais e melhoria na qualidade dos cuidados de saúde, demonstra a pertinência do projeto desenvolvido e o caminho percorrido para a resolução do problema, “a divulgação de resultados tem como finalidade informar, favorecer o retorno de informação que permita a adaptação (folhetos, posters, vídeos, apresentações, artigos, entre outros) da abordagem efectuada ou do método utilizado, bem como a transferência e a adaptação das metodologias e materiais a outros sectores, contextos e línguas” (Ruivo *et al.*, 2010:31).

Neste âmbito a divulgação dos resultados foi feita através da elaboração do artigo científico intitulado “Do surto à sociedade-Intervenções do EEESMP após alta: revisão scoping da Literatura” cujo resumo se apresenta em apêndice do presente relatório de estágio (Apêndice I). Os dados da revisão scoping da literatura foram apresentados à equipa multidisciplinar do DPSM onde decorreu o estágio, ilustrando a pertinência da proposta de intervenção EEESMP após alta. Os diapositivos utilizados na apresentação constam no Apêndice II.

Consideramos que o presente Relatório de Mestrado, cuja construção alicerçada na Metodologia de Projeto, será alvo de prova pública perante júri, também se constitui como elemento de divulgação de resultados.

Destacamos a importância da divulgação dos resultados pois a partilha do conhecimento gera mais conhecimento, num percurso de melhoria dos cuidados em enfermagem. Após o desenvolvimento metodológico apresentado, emerge a necessidade de apresentar a proposta de consulta especializada após alta, adequada e enquadrada no contexto onde decorreu o estágio final.

4. CONSULTA DE ACOMPANHAMENTO DE ESMP DA PESSOA COM PRIMEIRO SURTO PSICÓTICO

Após a realização da revisão scoping da literatura iremos apresentar uma proposta de consulta de enfermagem especializada que nasce da evidência encontrada e da conceptualização do pensamento da enfermagem que viemos até agora a desenvolver e que procura dar resposta a uma necessidade expressa pelo contexto do estágio final. Tal como já temos vindo a salientar, a continuidade de cuidados assume especial importância no planeamento da alta. Após o período de internamento por surto psicótico o risco de reinternamento é diretamente proporcional à ausência da continuidade de cuidados, um fator preponderante nos custos em saúde. A proposta de consulta de acompanhamento nos cuidados diferenciados, após alta prevê, assim, ganhos em saúde para a pessoa, para a família, para a instituição e para a comunidade.

A consulta de enfermagem após alta, é uma atividade de enfermagem especializada, em que a intervenção planeada pelo EEESMP pretende potenciar a máxima funcionalidade da pessoa, num período de transição, do internamento para o seu contexto habitual, o que se pretende promotor da reintegração da pessoa após alta ao seu anterior contexto. Consideramos que esta proposta de consulta, no contexto do DPSM onde decorreu o estágio final, assume especial importância na garantia de continuidade de cuidados após alta, não só pelo interesse e recetividade demonstrados pela equipa multidisciplinar, assim como pela possibilidade de alocação de recursos humanos especializados para a sua efetivação.

No internamento por primeiro surto psicótico, a relação enfermeiro-pessoa reveste-se de uma importância fulcral na adesão à continuidade dos cuidados. Sabemos que a falta de compromisso da pessoa com o seguimento e continuidade de cuidados resultam em deterioração do seu estado. São apontados os efeitos prejudiciais para a saúde, das pessoas, as faltas às consultas de saúde mental e o importante papel do enfermeiro no aumento da adesão à continuidade de cuidados (Clouse, Williams, & Harmon, 2015).

Como já sabemos, a continuidade de cuidados assume a sua real importância após a “era da desinstitucionalização”, que pretende prevenir o reinternamento da pessoa com doença mental. Salientamos que o reinternamento está diretamente relacionado com a continuidade de cuidados e não com o diagnóstico, existindo aumento significativo do reinternamento de pessoas que não tiveram esta continuidade de cuidados, independentemente do diagnóstico (Grinshpoon, Lerner, Hornik, Zilber, & Ponizovsky, 2011). Os autores acrescentam que existe um risco muito

elevado de reinternamento nos 30 dias subsequentes ao internamento hospitalar; que a continuidade de cuidados em saúde mental consegue reduzir substancialmente (James, *et al.*, 2010).

Vários autores identificam problemas associados à falta de continuidade de cuidados, quer como fator desencadeador de reinternamentos quer pelos custos em saúde associados, (em Portugal as perturbações mentais representam a principal causa de incapacidade, representando em custos 3,7% do PIB). A importância da continuidade de cuidados é alicerçada na diminuição dos custos em saúde, bem como na diminuição do número médio de dias de internamento (Roos, Bjerkeset, & Steinsbekk, 2018). A falta de continuidade de cuidados é apontada como um fator de risco para o reinternamento (Habit, Johnson, & Edlund, 2018).

A proposta de trabalho, como descrevemos anteriormente, acenta na relação iniciada no período de internamento por primeiro surto psicótico. Na sequência da pesquisa efetuada, descrita na metodologia de investigação, validamos a nossa proposta de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, enquanto EEESMP. Assim a proposta de consulta de acompanhamento após alta ganha consistência científica e fundamentada pela revisão scoping da literatura. Pretendemos com esta proposta de consulta proporcionar à pessoa um ambiente seguro, acessível, de confiança; promotor de relação terapêutica que potencie a sua máxima funcionalidade e adesão ao projeto terapêutico.

Como referimos, o projeto de operacionalização da consulta de ESMP após alta surge da mobilização do conhecimento adquirido e pretende “promover a continuidade de cuidados especializados do EEESMP após alta”; este objetivo geral será atingível se alicerçado em objetivos específicos claros e executáveis. A definição dos objetivos específicos para a consulta de enfermagem impôs uma exigente análise e reflexão das competências de EEESMP adquiridas e em desenvolvimento durante o percurso académico. Assim definimos como objetivos específicos:

- Garantir cuidados de enfermagem especializados de ESMP, após a alta;
- Promover adesão ao projeto terapêutico, num contexto de equipa multidisciplinar;
- Definir plano de cuidados com Intervenções especializadas e centradas na Pessoa (nas suas reais experiências e capacidades);
- Promover a reintegração no seu contexto após alta;
- Reduzir o reinternamento;
- Avaliar a eficácia das intervenções de enfermagem realizadas na consulta de enfermagem especializada após alta.

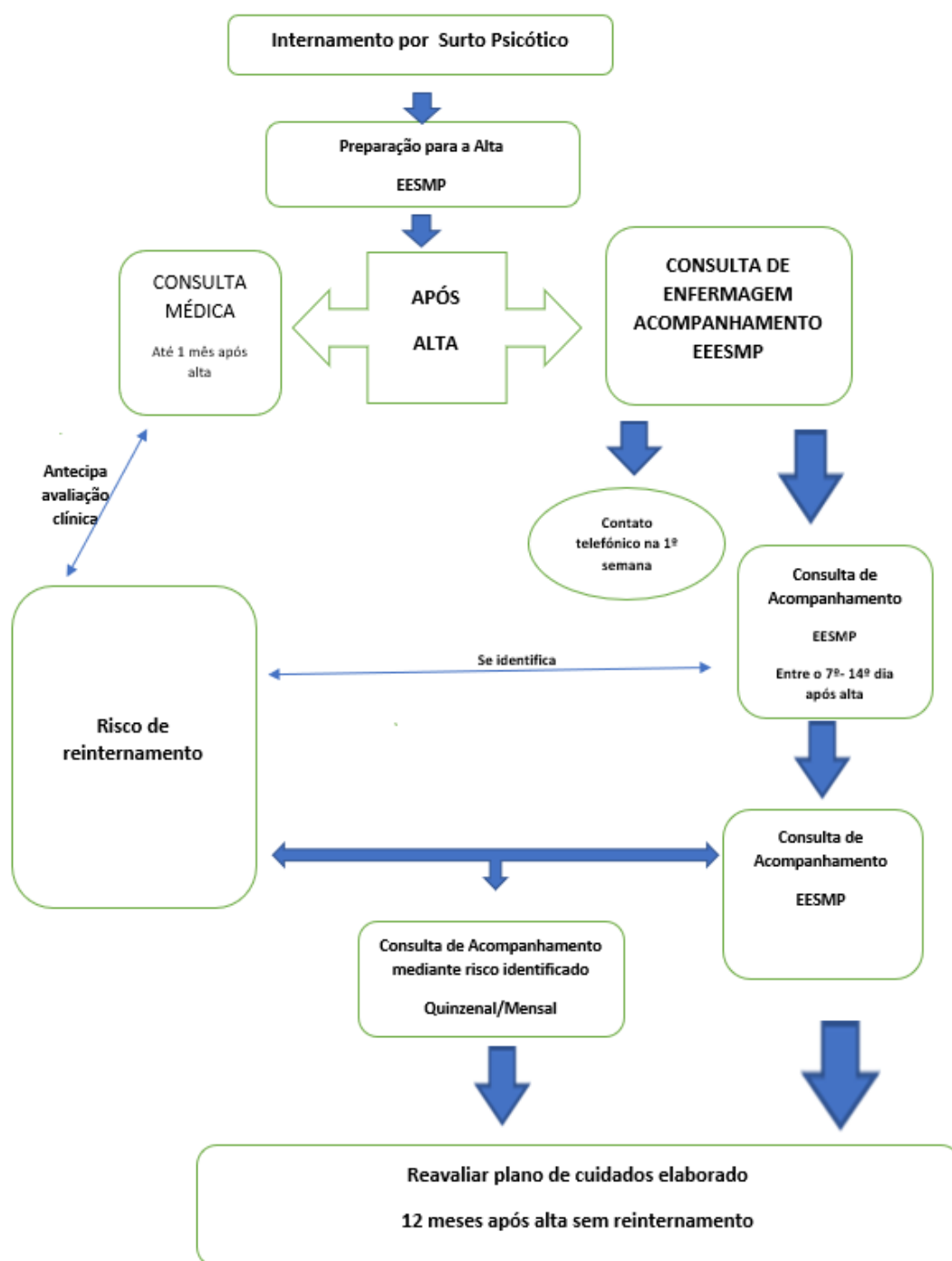
Partindo então dos pressupostos já aqui amplamente referidos que a pessoa que sofre um primeiro surto psicótico passa por um processo de transição que exige adaptação a novos papéis, ou a exigências diferentes nos papéis habituais; que a relação terapêutica é fundamental para contextualizar e intervir junto desta pessoa; que o EEESMP é o profissional com a qualificação e competência necessárias para a intervenção; que a intervenção a este nível exige uma efetiva avaliação diagnóstica e uma personalizada e global intervenção terapêutica; e que a multidisciplinaridade é essencial assim como o envolvimento da família, construímos um esquema de acompanhamento da pessoa que sofreu um primeiro surto psicótico e que está representado na Figura 2.

O esquema proposto, tem início durante o período de internamento. A pertinência deste início precoce já foi amplamente justificada ao longo deste relatório. Olhando para as quatro fases da relação interpessoal, tal como conceptualizadas por (Pelau, 1997), compreendemos que a fase de orientação e a de identificação podem ocorrer ainda num contexto de internamento com o EEESMP de referência, iniciando-se, se possível, a fase de exploração que pode continuar na medida das necessidades da pessoa durante todo o período de acompanhamento em ambulatório. Deste modo promovemos a acessibilidade da pessoa aos serviços de saúde, pois estará a regressar, após a alta e já em contexto de ambulatório, à instituição e serviço que já conhece, dando continuidade a uma relação na qual já se estabeleceu aliança terapêutica. Este raciocínio permite reduzir o sentimento de desconexão numa transição já referido por (Chick e Meleis, 1986).

As intervenções planeadas pelo EEESMP são orientadas para atingir o máximo de funcionalidade saudável e satisfatória da pessoa alvo de cuidados, o que implica mobilizar cuidados na área da (re)educação, treino e reabilitação das suas capacidades e competências. O EEESMP é desafiado a mobilizar estratégias vocacionadas para a orientar, ensinar, treinar, motivar, assistir, apoiar, advogar, capacitar, entre outras.

Neste desafio pessoal e profissional, emerge a competência específica que determina que este profissional demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica, desenvolvendo intervenções psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto) que terão repercussão na promoção da reintegração da pessoa na comunidade.

Fig 2- Esquema ilustrativo da proposta de consulta



O EEESMP, ao articular todos os instrumentos passíveis de uma melhor compreensão da pessoa com primeiro surto psicótico após alta, de onde se destaca a relação terapêutica, a observação e a comunicação, é um profissional dotado de capacidade diagnóstica que garante a identificação dos fatores protetores e promotores do bem-estar que contribuem para a manutenção do equilíbrio, bem como, dos fatores stressores que predis põem perturbação e consequente alteração do funcionamento daquela pessoa. Sabendo que a pessoa é um ser relacional, na dinâmica da consulta após alta, assim como durante o período de internamento, o EEESMP demonstrará total disponibilidade para cooperar com a família, ou cuidador de referência. A capacidade de cuidar a pessoa como membro de um sistema familiar permite ao EEESMP melhor conhecimento do contexto socio-familiar, devolvendo à família uma melhor perceção e aceitação do internamento por primeiro surto psicótico, o que após alta poderá evitar desequilíbrios nas relações familiares existentes. Já a equipa multidisciplinar no DPSM onde pretendemos implementar esta proposta de consulta, assume a importância do EEESMP no sucesso do projeto terapêutico após alta.

A visibilidade do trabalho desenvolvido neste projeto de consulta será validada na instituição através do registo das intervenções efetuadas. Os registos de enfermagem correspondem à informação produzida pelos profissionais de enfermagem durante a sua prática clínica, são imprescindíveis, provedores de informação objetiva aos elementos da equipa multidisciplinar, garantindo a continuidade das intervenções nas ocorrências num intervalo temporal, sendo uma das atividades que expressam a concretização efetiva dos cuidados num contexto legal (OE, 2014).

A elaboração dos diagnósticos de enfermagem terá por base a linguagem classificada CIPE© e as orientações da OE descritas no documento Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

A agilização do processo de registo, implica a construção de indicadores e metas de saúde, ações a desenvolver em parceria com o departamento de informática e gabinete de parametrização do Centro hospitalar a que pertence o DPSM. O sistema de informação terá que contemplar:

- Registo de avaliação inicial;
- Registo da Consulta de acompanhamento;
- Processo de Enfermagem;
- Encaminhamento para consulta médica, ou outra;

- EEESMP de referência.

A preparação para a alta, inclui o agendamento da consulta médica assim como a consulta de Acompanhamento após alta com EEESMP. Tendo por base a revisão da literatura, define-se um contato telefónico na primeira semana após alta. Neste ato o EEESMP disponibiliza-se à relação, lembrando a data agendada para a Consulta de Acompanhamento após alta, mantendo flexibilidade para agilizar alteração caso a pessoa relate alguma impossibilidade para a data/hora inicialmente prevista.

Este plano de Consulta de Acompanhamento após alta, define-se num período de 12 meses após a data de alta, cujos resultados esperados se traduzem:

- Melhoria da Gestão terapêutica
- Promoção de Aliança terapêutica
- Identificação das reais necessidades da pessoa
- Articulação com a equipa multidisciplinar
- Promoção de fatores promotores da saúde mental
- Reintegração da pessoa com Primeiro surto psicótico no seu contexto familiar
- Reintegração da pessoa com Primeiro surto psicótico na comunidade.

5. ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

De ora em diante pretendemos descrever de forma pormenorizada o desenvolvimento e aquisição de competências comuns, competências específicas e competências de mestre na Especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica, adquiridas no decorrer deste percurso académico. Uma autoanálise reflexiva tanto no âmbito académico como pessoal e profissional, que não pode descorar a nossa experiência de 20 anos de enfermeiro de cuidados gerais. “o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados” (DR 2ª serie nº 26/ Regulamento 140/2019:4744)

Definem-se competências comuns, as que se mostram transversais aos Enfermeiros de todas as áreas de especialidade e que se evidenciam através da “(...) elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e acessória.” (OE, 2019: 4745).

Consideram-se competências específicas do EEESMP todas as que, na especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, permitem ao EEESMP desenvolver um juízo clínico singular e logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade (Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto).

Num percurso académico desafiante, estamos cientes que “o profissional competente é aquele que não só é capaz de agir com pertinência numa dada situação, mas que compreende, igualmente, o porquê e o como agir, ou seja, uma dupla compreensão: a da situação sobre a qual intervém e a forma como o faz” (Le Boterf, 2003:17). Deste modo, pautamos o nosso desenvolvimento de competências por uma verdadeira construção de significado da intervenção que fomos realizando. Não só no que diz respeito às relações terapêuticas estabelecidas, mas também em relação à proposta de intervenção neste documento descrita.

É importante, no entanto que se faça referência ao nosso percurso de vida profissional até ao momento tanto pela creditação de competências obtida como equivalência ao Estágio I como também pelo nosso entendimento das competências comuns do enfermeiro especialista como um aprofundamento das competências do ECG. A nossa consciência e disponibilidade para a melhoria continua, na prestação de cuidados, motivou a frequência neste Mestrado em Enfermagem, após 20 anos como ECG. O caminho percorrido não pode ser descurado neste relatório, pelo que consideramos pertinente refletir também acerca o nosso percurso profissional, enquanto ECG nos últimos anos, com ênfase no trabalho desenvolvido em contextos de SMP.

Deste modo, ao longo deste relato reflexivo do processo desenvolvimento de competências, faremos referência a atividades desenvolvidas ao longo da nossa vida profissional. Afinal, tal como o defende Le Boterf (2003), são três as dimensões da competência: a dimensão dos recursos que associa os recursos do contexto, neste caso do DPSM onde desenvolvemos o estágio final, aos recursos pessoais que naturalmente se relacionam com a pessoa que somos, com o conhecimento que temos de nós enquanto seres humanos e enquanto profissionais com entendimento da relação com o outro como um encontro humano com um traço profissional (Nunes, 2018); a dimensão da prática profissional e dos seus resultados que, neste percurso em particular, nos remete para o quadro de competências da ESMP; e a dimensão da reflexividade que implica uma análise formal das práticas e a conceptualização de pensamentos e ações que podem então ser transformados em discurso, o que será demonstrado no resente relatório.

5.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As Competências Comuns Enfermeiro Especialista encontram-se definidas no Regulamento nº 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do EE, publicado em Diário da República nº 26/2019, 2.ª Série. Nº 26 de 6 de fevereiro de 2019, agrupadas por domínios de competência, nomeadamente:

- Domínio (A); Responsabilidade profissional, ética e legal
- Domínio (B); Melhoria contínua da qualidade
- Domínio (C); Gestão dos cuidados
- Domínio (D). Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

As competências comuns a todas as áreas de especialidade salientam a “elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e acessoria” (OE, Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019:4745). Sendo este percurso de aprendizagem crucial para a promoção de uma prestação de cuidados de enfermagem de excelência, analisaremos o processo de aquisição das competências de EE, nos domínios definidos.

(A) - Responsabilidade profissional, ética e legal

A1 – O EE desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

A2 – O EE garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019:4745).

O local onde decorreu o estágio final assume um elevado nível de exigência na prestação de cuidados de qualidade; o internamento no serviço de psiquiatria agudos, independentemente da sua etiologia, exige ao EE uma rápida e eficaz mobilização de conhecimentos científicos, bem como de princípios éticos e de deontologia profissional assim como de conhecimento do enquadramento jurídico, critérios inerentes ao domínio desta competência.

Um contexto caracterizado pela multiplicidade de experiências que proporciona, suscitando inúmeras dúvidas e ampla diversidade de situações cujas respostas carecem de recurso a normas legais, princípios éticos e deontológicos que sustentem a tomada de decisão.

Sabemos que o exercício profissional dos Enfermeiros centra-se na relação interpessoal, tendo como foco da sua atenção a pessoa, edificando as intervenções com base na conceção de que cada pessoa é concebida como um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, crenças e desejos de natureza individual, o que torna a pessoa um ser único, com dignidade própria e com direito a autodeterminar-se (OE, 2015).

Consideramos que todos os cuidados prestados, ao longo do estágio final, obedeceram aos princípios éticos e deontológicos que definem a enfermagem. De acordo com (Nunes, 2011) se considerarmos que existe uma ética própria da Enfermagem, esta é definida como o local da prática no qual se desenrola a ação e consequentemente a tomada de decisão ética, cuja fundamentação tem na sua génese os princípios e valores profissionais que se enunciam no CDE.

Pautámos a nossa conduta profissional, de acordo com o CDE (Ordem dos Enfermeiros, 2015), acautelámos a promoção de práticas de cuidados respeitadoras dos direitos humanos e das responsabilidades profissionais, promovendo o respeito pelo direito da pessoa no acesso à informação, promovendo a confidencialidade e a segurança no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados. Na resolução de problemas, esteve implícito a discussão com a pessoa assim como em equipa multidisciplinar, com intuito de garantir o exercício profissional de acordo com o Dominio de Competência (A) de EE.

Neste domínio salientamos que todos os processos de tomada de decisão realizados foram validados com a enfermeira Orientadora cuja experiência e conhecimentos propiciou a nossa reflexão quer na situação experienciada quer em hipotéticas situações que pudessem

surgir. A dinâmica pedagógica, com a enfermeira orientadora, garantiu na prática a aprendizagem para uma tomada de decisão fundamentada, fulcral no processo de desenvolvimento de competências EE.

Ao longo do nosso percurso de crescimento e desenvolvimento profissional, procurámos adquirir e atualizar o conhecimento, através da frequência de cursos, formações, congressos, entre outros, o que nos permitiu uma prática baseada na evidência e consequente melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Considera-se que este percurso valida algumas competências neste domínio. Neste âmbito destacamos:

- **Curso para profissionais na área da violência doméstica** (descrever a intervenção da APAV em situação de Violência Doméstica; Sinalizar uma situação de violência doméstica; Empoderar a vítima para aceitar ajuda e proteção; encaminhar o agressor para tratamento num contexto de equipa multidisciplinar). Na equipa onde exercemos funções são frequentes relatos de violência doméstica, quer enquanto vítima quer enquanto agressor, uma ferramenta importante para melhorar o planeamento dos cuidados de enfermagem.
- **Abusadores Sexuais de crianças: porque abusam e quais as estratégias utilizadas no abuso sexual de crianças?** (compreender a diferença entre abusador sexual e pedofilia; Sinalizar uma situação de abuso para entidades competentes; Perceber a neurofisiologia do abuso; identificar sinais (subtis) da vítima; perceber o processo judicial após sinalização)

(B) - Melhoria contínua da qualidade

B1 -Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

B2 -Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro (OE, Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019:4745)

O segundo Domínio de Competências do EE plasma a importância deste profissional na Melhoria Contínua da Qualidade, através da aplicação dos seus conhecimentos, competências

e correta orientação da prática pelos documentos legais orientadores e regulamentadores da própria profissão contribuir para criar um ambiente propício ao desenvolvimento das suas potencialidades (OE, 2015).

O estágio final decorreu num contexto promotor do desenvolvimento deste Domínio de Competência de EE, propiciando a oportunidade de estabelecer e desenvolver relações terapêuticas, assim como intervir nos projetos terapêuticos estipulados para cada utente. A dinâmica instituída no DPSM, permitiu a participação ativa nas diversas reuniões com a equipa multidisciplinar, promovendo a nossa participação na discussão, bem como na tomada de decisão associada à prestação de cuidados. Verificamos assim que os domínios das competências comuns EE se interligam, na medida que a prestação de cuidados de enfermagem é centrada na pessoa. Torna-se inequívoco que a relação estabelecida entre enfermeiro e a pessoa tem potencial terapêutico pois, não é possível prestar cuidados de enfermagem, sem ser num contexto de relação (Lopes, 2018).

Ao considerar que o EE deve contribuir para criar um ambiente propício ao desenvolvimento das suas potencialidades (OE, 2015). Ao Enfermeiro, enquanto instrumento terapêutico, é exigida constante atualização e procura de saber; conhecimento científico e fidedigno que possa pautar a sua intervenção. A disponibilidade pessoal/ profissional para desenvolver as competências EE, tem como objetivo a excelência nos cuidados prestados.

Neste domínio referimos a importância da dinâmica institucional, da equipa multidisciplinar, as características da população alvo, e os parceiros de recurso na comunidade. Na nossa prática assistencial destacamos a implementação de um grupo de apoio a **famílias de adolescentes com abuso/ dependência de substâncias ilícitas; a implementação de sessão de relaxamento no programa de “prevenção de recaída- álcool; Consulta de enfermagem numa dinâmica de gestor de caso; colaboração e/ou elaboração de Protocolos de melhoria de serviço.**

Da formação frequentada que corrobora a aquisição deste domínio de competências EE, destacamos:

•**Emoções dos pais/acompanhantes no Bloco de Partos** (Identificar as principais emoções do pai/ acompanhamento no nascimento; descrever as reações do pai/acompanhante no nascimento; Explicar a importância da presença do pai/acompanhante no nascimento) Na sequência desta trabalho, que resultou um artigo publicado na revista do hospital, a equipa de enfermagem mobilizou-se para Melhorar a qualidade de cuidados e passou a ser permanente a presença do

pai/acompanhante independentemente da hora de nascimento (turno da noite não estava autorizado).

Olhando para a experiência atual, durante a realização do estágio final, procuramos garantir um ambiente seguro e terapêutico, adotando um comportamento coincidente com o respeito pela individualidade, crenças culturais, religiosas e espirituais; garantir a administração de medicação através da aplicação e mobilização de conhecimentos no âmbito terapêutico, de forma segura ; garantir a confidencialidade dos dados adquiridos; promover a adesão a comportamentos promotores de saúde tanto pela pessoa como pela sua família.

Reconhecemos que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avaliámos a qualidade, e partindo dos resultados, elaborámos uma proposta de **Consulta de acompanhamento após alta- intervenções do EEESMP à pessoa com primeiro surto psicótico**; uma proposta de melhoria, cuja possibilidade de implementação é reconhecida pela equipa como uma mais valia para o DPSM.

A realização da revisão scoping da literatura acerca das intervenções EESMP à pessoa com psicose após alta, contribuiu para o desenvolvimento da competência em análise. A sua realização contribuiu para a elaboração de uma proposta de consulta de acompanhamento após alta. As intervenções propostas são sustentadas pela evidência científica atual disponível acerca da temática, conferiu suporte para processos de tomada de decisão o que possibilita afirmar que desenvolvemos uma proposta que garante qualidade na consecução do segundo domínio de competências comuns do EE em análise.

Consideramos, pelo descrito, que as competências que integram o domínio (B) foram atingidas com sucesso.

(C)– Gestão de cuidados:

C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados segundo (OE, Regulamento nº 14/2019, de 6 de fevereiro, 2019:4745)

O EE necessita otimizar as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade nas tarefas delegadas. Delegar uma tarefa não retira a responsabilidade inerente, sendo que os EE devem estar ativamente envolvidos na política de saúde e na tomada

de decisões, incluindo a delegação das tarefas de Enfermagem a outros prestadores, pessoal deles dependente (OE, 2006). Neste sentido, para a aquisição deste domínio de competências comuns do EE, foram mobilizados durante a realização dos estágios, os conhecimentos adquiridos nas UC's.

No decorrer do Estágio final, as tarefas foram delegadas em pessoal funcionalmente dependente com preparação necessária para as executar, nomeadamente Assistentes Operacionais, e alunos de licenciatura em enfermagem em ensino clínico (supervisionados na execução das atividades delegadas) e sempre a concordância da enfermeira orientadora, do mesmo modo que a enfermeira orientadora nos delegou tarefas enriquecedoras na aprendizagem. Receber cuidados de saúde que integrem na sua génese os padrões de qualidade dos cuidados propostos pela (OE, 2011) é um direito das pessoas alvo das intervenções implementadas pelo enfermeiro especialista ou delegadas pelo mesmo. Deste modo, assegurámos que todas as tarefas delegadas foram implementadas respeitando os padrões de qualidade dos cuidados estabelecidos e a nossa prática realizou-se nos termos do Artigo 109º, alínea c) do CDE (OE, 2015).

A integração na equipa multidisciplinar, facilitada pela recetividade e completa partilha das atividades desenvolvidas no DPSM permitiram a partilha de dúvidas, conhecimentos, experiências e sugestões, contrinuindo assim para uma gestão eficaz e eficiente dos recursos humanos da instituição em que desenvolvemos o estágio.

Na aquisição e desenvolvimento dos aspetos pressupostos à competência C2, em muito contribuiu a nossa experiência profissional, assim como as UC's Governação Clínica e Gestão em Saúde. Destacamos atividades desenvolvidas que consideramos pertinentes no desenvolvimento deste domínio.

•Co- responsável pela coordenação da equipa de enfermagem na equipa de tratamento do LA” (Interlocutora local para os assuntos de enfermagem (em articulação) junto dos restantes grupos profissionais e coordenadores de áreas de missão; responsável pela organização e coordenação local dos serviços de enfermagem)

•Implementar programas de substituição opiáceos -Conceção, operacionalização e acompanhamento da Relação institucional entre a Equipa de tratamento do LA e as unidades locais de saúde bem como EPO e EPPC (Organização e operacionalização do programa de substituição com agonista opiáceos; Organização e operacionalização do programa de substituição com agonista opiáceos em pratica na consulta descentralizada em O.; recolha, tratamento e

informatização dos dados processuais em arquivo, através da criação de suportes informáticos de utilização pela equipa de enfermagem)

- Conceção e criação de modelos informatizados** (elaborar horários, planos de férias, escalas de articulação institucional, elaborar mapas de tolerâncias da equipa de enfermagem e das assistentes operacionais)

- Gestão do stress e qualidade de vida** (psicoendocrinologia da resposta de stress; ambientes fatores e indutores de stress; memoris, emoções e stress- o stress pos traumático como paradigma; stress. Medo e ansiedade; Stress- doença física e resposta imunitária; gestão do stress e do Burnout na família, no trabalho e no hospital; Treino de técnicas de relaxamento; modelos teóricos e diagnósticos de enfermagem aplicados à gestão de stress)

- Requisitos estruturais e higienização das salas de tratamento:** prevenção e controlo de infeção; salas de tratamento; gestão de risco.

- Recursos de investigação:** recursos de investigação para trabalhos científicos, web of science; instrumentos e métricas; SPSS: estatística aplicada; Mendeley; Projetos de investigação; escrita científica.

- Sessões de esclarecimento à pessoa, família e comunidade** (UCSP): sessões de esclarecimento a utentes familiares enquanto processo educativo para a saúde, especificamente na área da infeccologia (HIV /HCV) sessões de esclarecimento no âmbito do programa de substituição com agonista opiáceo- intervir nos CSP;

- Redução de Riscos em Contexto Académico:** enquadramento genérico do fenómeno da dependência; a intervenção em contexto recreativo; processos de comunicação; organização das linhas de ação no terreno.

- Retratos tecidos em manta- partilhas de e sobre famílias:** potenciar a autoestima da pessoa; facilitar momentos de reflexão sobre interação/relação familiar; promover a família nas suas demais tipologias e natureza enquanto elemento estruturante da pessoa e da comunidade)

Pelo descrito consideramos ter desenvolvido eficazmente as competências neste domínio.

(D) – Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica segundo(OE, Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019:4745)

Neste domínio, a nossa construção enquanto EE emerge alicerçada nos anos enquanto ECG, percurso em que nos mobilizamos para a relação com o outro, atentos às suas reais necessidades e capacidade funcional, sem emitir juízos de valor, procurando prestar cuidados de qualidade à pessoa e família.

Consideramos o período de estágio um momento de grande evidência do nosso desenvolvimento pessoal e profissional; refletindo sobre as semanas em contexto de internamento percebemos que todas as aprendizagens desenvolvidas, no exercício profissional enquanto ECG num contexto de Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD), promoveram a nossa disponibilidade relacional no decorrer do estágio. A mobilização pessoal para a relação, foi muitas vezes facilitadora do início de uma intervenção terapêutica, garantida por “honestidade, frontalidade, adequação e respeito pelos nossos próprios direitos básicos, assim como pelos dos outros.” (Towsend, 2011:238)

Este percurso académico acimentou o conhecimento e de igual modo deu amplitude à procura do conhecimento atual e fundamentado. A frequência das UC’S do ME, designadamente: Relação de Ajuda em Saúde Mental, Desenvolvimento Pessoal e Investigação em Enfermagem catalizaram a intrínseca necessidade de autoconhecimento; o que consideramos como diferenciador na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. A revisão scoping da literatura realizada, de acordo com a metodologia de projeto, impulsionou a nossa capacidade de pesquisa em bases de dados, garantindo acesso a conhecimento científico atualizado, que fundamentou a nossa proposta de intervenção.

No decorrer do período de Estágio Final participámos em algumas das formações que, no percurso de desenvolvimento pessoal e profissional, nos suscitaram interesse.

Com o intuito de ampliar conhecimentos enquanto EE, participámos durante a duração do Curso e Mestrado participámos em diversos congressos e jornadas. Exemplo disso são o XIV Congresso Nacional de Psiquiatria – Psiquiatria e saúde Mental- Reconceptualizar os limites e as ligações; Chemsex: o conceito, riscos e desafios à intervenção (2020); no 8º Simposio d e Psiquiatria do Hospital Fernando da Fonseca (A pessoa em criação: infância adolescência e vida adulta - O impacto do trauma infantil na psicopatologia; primeiro psicótico-transições; Mudanças

no Conceito de família; Psiquiatria e pedopsiquiatria- transição, modelos de articulação e programas de prevenção. Participámos ainda na II Mostra de Psicoterapias, no X Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de enfermagem saúde mental – Desafios em Saúde Mental e na formação de dinamizadores do Programa +Contigo (programa estruturado de intervenção na prevenção do suicídio na adolescência). Apresentámos ainda o poster “As intervenções do EEESMP junto da pessoa com TOC” no X Congresso Internacional d’A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, cujo certificado está presente no anexo I. No mesmo evento tivemos ainda oportunidade de apresentar uma comunicação livre subordinada ao tema “Dimensões do processo de envelhecimento bem-sucedido na pessoa idosa”.

Todas estas atividades contribuíram para o desenvolvimento das competências deste quarto domínio e foram marcos importantes neste percurso que aqui descrevemos.

5.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

O EEESMP compreende os processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida. (...) a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto: 21427). O mesmo Regulamento descreve que são as competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao EEESMP desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto). São assim definidas quatro competências específicas do EEESMP, nomeadamente:

- (1) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;**
- (2) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;**

(3) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;

(4) Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

Pretendemos refletir sobre cada uma das competências específicas, numa perspetiva de desenvolvimento e aquisição das mesmas. O intuito desta auto-análise reflexiva é aliar o conhecimento adquirido às experiências vivenciadas, um somatório da nossa construção enquanto EEESMP. Refletir sobre as aprendizagens permite desenvolver a autenticidade (Rogers, 2009)

Olhando para a primeira competência que postula que o EEESMP:

“Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” e cuja unidade

(F1.1) Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto).

O desenvolvimento desta competência não se limita ao percurso académico, uma vez que está intimamente ligada à qualidade de cuidados de enfermagem prestados ao longo do percurso profissional. Se o enfermeiro é o seu principal instrumento de intervenção (OE, 2018), a elevada consciência de si “afina o potencial”. A utilização da relação terapêutica como instrumento terapêutico implica que o EEESMP tenha uma elevada consciência de si e um investimento considerável no seu desenvolvimento pessoal e profissional (Lopes, 2018). Esta primeira competência, está presente em toda e qualquer intervenção planeada pelo EEESMP.

As UC's do ME, designadamente “Análise Diagnóstica e Intervenção Terapêutica”, através de exercícios teórico-práticos promoveram o início da autoreflexão acerca do nosso percurso pessoal de autoconhecimento e autoconsciência, que se revelou essencial ao contexto de estágio, permitindo sustentar o processo de autoconhecimento e desenvolvimento de estratégias para interagir com o Outro na relação (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 515/2018 de 7

de agosto). “O uso terapêutico de si requer que o enfermeiro tenha capacidade de autoconsciência e autoconhecimento” (Townsend, 2011:122).

Os desafios inerentes ao local de estágio tornaram-se uma poderosa ferramenta de consciencialização, das inúmeras diferenças comparativamente ao contexto onde exerce funções (Equipa Técnica Especializada de Tratamento- ETET) sendo importante salientar a dificuldade inicial na gestão do ambiente terapêutico informal. Esta consciência obrigou ao aprimorar de competências de comunicação, de comunicação verbal e não verbal bem como da disponibilidade para a interrelação com a pessoa internada (Peplau 1997), também ilustrou que independentemente do contexto o EEESMP tem presente a singularidade de cada indivíduo com quem cuidamos garantindo respeito pelo outro inerente à praxis clínica da enfermagem (Nunes, 2018).

É igualmente importante que o enfermeiro para além de estar atento aos sinais não verbais dos utentes esteja também atento aos seus, pois estes podem por parte do enfermeiro comunicar interesse, respeito e veracidade ou, pelo contrário, desinteresse, falta de respeito ou uma atitude impessoal (Stuart & Laraia, 2006).

A integração na dinâmica funcional na equipa desbloqueou o sentimento inicial de “falha relacional”. Percebemos que a relação terapêutica no contexto de internamento, nos obrigou a sair de uma zona de conforto e desenvolver competências naquele “aqui e agora” (F1.1.1) de início de estágio. Nos primeiros dias de aprendizagem, a partilha destas emoções com a enfermeira orientadora garantiu a gestão de impasses ou resistências (F1.1.2) promotores da mobilização “dar conta de si” integrativo (F1.1.4). Consideramos de enorme significado esta perceção numa fase inicial da aprendizagem, não se constituindo por isso um bloqueio ao desenvolvimento desta competência específica. A relevância de “estar atento aos sinais não-verbais dos utentes e estar também atento aos seus, pois estes podem por parte do enfermeiro comunicar interesse, respeito e veracidade ou, pelo contrário, desinteresse, falta de respeito ou uma atitude impessoal (Stuart & Laraia, 2006). Neste âmbito tornou-se inequívoco que a plena presença do enfermeiro em relação carece do seu investimento no autoconceito, no sentido de saber exatamente quanto de si está a colocar nesta relação interpessoal e qual o seu impacto na pessoa e no processo (Baker, 1989).

Salientamos o acolhimento e a disponibilidade da enfermeira orientadora, desde o primeiro dia de estágio, fulcrais na melhoria da comunicação não verbal e verbal numa aprendizagem gradual e bastante enriquecedora. A comunicação não se refere somente à transmissão verbal, explícita e intencional de mensagens, mas inclui todos os processos através dos quais as pessoas se influenciam (Phaneuf, 2005), é em si mesma o contexto no qual se desenvolve a

relação, sendo que no modelo de abordagem centrada na pessoa de Carl Rogers propõe que a comunicação estabelecida entre dois intervenientes seja autêntica e deste modo privilegie o que é próprio de cada um e que faz parte integrante da sua experiência pessoal (Mendes, 2006).

Na reflexão sobre o percurso de estágio final, emergem naturalmente as dificuldades e quase em simultâneo os mecanismos desenvolvidos para as ultrapassar, ou tentar ultrapassar. Na prática aprendemos que “a reflexão como fonte de conhecimento, valoriza a experiência humana, a consciência de Si mesmo e a abertura para a realização, no mundo e com os outros. O Processo de Refletir “é ser consciente de si mesmo, durante ou depois de uma experiência particular, podendo ganhar-se novos insights sobre Si e habituar-se a responder de forma mais congruente em situações futuras, dentro de uma espiral reflexiva no sentido de desenvolver a sabedoria prática.” (Nunes, 2017:33).

A experiência profissional no contexto da nossa atividade, cuidados de enfermagem à pessoa com Comportamentos Aditivos e Dependências, potencia a noção de limite da relação (F1.1.3) que permite preservar a integridade do processo terapêutico. Consideramos assim que este critério de avaliação anteriormente desenvolvido, foi adaptado ao contexto de internamento (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto). O local de estágio não tem restrições ao internamento da pessoa com Comportamentos Aditivos e Dependências, sendo esta uma oportunidade de partilhar a experiência profissional com a equipa multidisciplinar, na garantia da promoção de cuidados de enfermagem especializados e sem “pré-juízos” induzidos pela sua dependência; é sempre altamente enriquecedor poder aceitar outra Pessoa (Rogers, 2009).

Tivemos também oportunidade de partilhar na equipa multidisciplinar, o funcionamento do Programa de substituição com Agonista opiáceo, assim como a articulação interinstitucional para garantia de continuidade de cuidados (SICAD, 2013).

Em processo de relação terapêutica o enfermeiro tem que estar congruente consigo próprio (Rogers, 2009), considamos ter desenvolvido esta competência através de uma consciente reflexão dos cuidados prestados, ou seja, auto reflexão acerca das relações terapêuticas estabelecidas, das intervenções terapêuticas planeadas e dinamizadas, assim como acerca das dificuldades e influências experienciadas, o exemplo concreto: desenvolver capacidades para gerir o ambiente terapêutico, tanto formal como informalmente. Os momentos de partilha, com a enfermeira orientadora e professor orientador, foram transformadores neste processo de aprendizagem na mobilização dos conhecimentos em contexto de internamento, ambos contribuíram em ampla escala para esta aquisição.

Quanto à segunda competência que afirma que o EEESMP:

(2) - Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.

(F2.1) - Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente.

(F2.2) - Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família.

(F2.3) - Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto).

Relativamente a esta competência específica do EEESMP, consideramos importante realçar que o contexto onde decorreu o estágio final se torna tão exigente quanto desafiante. Esta afirmação é justificada não só pela diversidade e etiologia dos casos clínicos como também pela sua curta permanência no serviço e elevado número de reinternamentos. Quando se define que o foco dos cuidados de enfermagem ao longo do ciclo vital deve ser prevenir a doença e promover os processos de readaptação após a doença, procurar-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida diária (Nunes, 2017). Validamos a pertinência da necessidade do plano de proposta apresentado, a consulta de acompanhamento após alta. Executar (F2.1) uma avaliação abrangente “exige a mobilização de aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de observação do comportamento, de revisão dos registos, avaliação abrangente do cliente e dos sistemas relevantes.” (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto). A comunicação assume elevada relevância na ESMP, para (Phaneuf, 2005), a comunicação do enfermeiro deverá procurar ser sempre terapêutica, apesar da dificuldade que esta intenção acarreta, é desafiante para o enfermeiro garantir que toda a sua comunicação, inclusivé aquela que não é voluntária, tenha sempre um significado e um impacto terapêutico (Novo, Galvão & Rodrigues, 2014).

No internamento de psiquiatria de agudos, o curto período de permanência exige perícia no diagnóstico de enfermagem e consequente plano de cuidados; um plano de cuidados adequado à pessoa; ou seja, um plano de cuidados individualizado e célere. A comunicação é fulcral

neste processo ao proporcionar um ambiente favorável à expressão das emoções. A Comunicação terapêutica é, assim, um método de comunicação através do qual o cuidador responde às necessidades explícitas e implícitas da pessoa (Coelho, 2015).

Numa fase aguda da doença mental, como por exemplo no primeiro surto psicótico, a observação assume importância na avaliação diagnóstica permitindo avaliação das necessidades alteradas, na qual é avaliada a linguagem verbal, a linguagem não-verbal assim como as respostas físicas da pessoa no meio em que se encontra inserida (Amaral, 2010). A capacidade de observação também se desenvolve durante a prestação de cuidados no contexto de CAD, onde exercemos funções. A prestação de cuidados holísticos exige articulação diária entre a teoria e a prática clínica; sugindo por vezes necessidade de adaptações ao plano elaborado. Na construção desta relação terapêutica emerge a necessidade do diálogo interpessoal, que segundo (Peplau, 1997) promove infinitas possibilidades de transformação à pessoa.

O domínio desta competência específica do enfermeiro EEESMP garante um suporte favorável e fundamental à relação estabelecida, ou seja, quanto mais disponíveis estamos para a nossa realidade e para a do outro menos nos vemos a tentar remediar a todo custo, os problemas o outro (Rogers 2009). Temos presente que no processo de avaliação diagnóstica o enfermeiro pauta a sua intervenção de acordo com o que o cliente sabe acerca do seu problema, com que se preocupa e quais as capacidades que reconhece em si (Lopes, 2018). Além disso, sabemos que para a OE O estabelecimento do plano de intervenção, é baseado no juízo clínico de enfermagem especializada perante a avaliação dos dados e premissas teóricas, é negociado com a pessoa e utiliza os diagnósticos e sistemas de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), adotados pelo Internacional Council of Nurses e Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº356/2015).

A elaboração do processo de enfermagem, segundo (Townsend, 2002) um processo contínuo, dinâmico e não estático, aceite como uma metodologia científica de enfermagem, orientada para a finalidade de prestar cuidados de enfermagem de qualidade, consiste numa metodologia organizada, sistematizada, dinâmica e universal que visa a organização e implementação de cuidados de enfermagem, através da qual os enfermeiros organizam a informação sobre as necessidades da pessoa alvo dos seus cuidados e planeiam intervenções com o intuito de responder às necessidades alteradas (Marin, Rodrigues, Delaney, Nilsen, & Yan, 2001). O PE edifica-se enquanto base para a prestação de cuidados de enfermagem efetivos sendo operacionalizado através de cinco etapas: Avaliação Inicial ou Recolha de Dados, Diagnóstico, Planeamento

das Intervenções de Enfermagem, Implementação de Intervenções de Enfermagem e por último a Avaliação Final ou Avaliação dos Resultados (Cruchinho, 2009).

Refletir acerca da aprendizagem desenvolvida durante este estágio final (em paralelo com a atividade profissional) e atendendo às intervenções planeadas e interações estabelecidas, com as pessoas alvo dos nossos cuidados, consideramos que todas tiveram como finalidade favorecer a consciência de si (*awareness*) permitindo à pessoa fazer escolhas em função das suas características e valores, considerando, simultaneamente as condições do ambiente que o envolve e, viver plenamente a sua vida (Chalifour, 2008)

Consideramos assim, de acordo com (Lopes, 2018) que o processo de avaliação diagnóstica, mantém-se em simultâneo com o processo de intervenção terapêutica. A avaliação não termina com o início da intervenção terapêutica, acompanha-a. Importa referir que intervenção terapêutica poderá ter início nos primeiros momentos da relação interpessoal, num exercício de auto-conhecimento desenvolvido enquanto EESMP. No âmbito do estágio final desenvolvemos competências de avaliação diagnóstica, através da elaboração de um estudo de caso, este exercício de desenvolvimento de competências permitiu executar uma avaliação global das respostas daquela pessoa internada por primeiro surto psicótico, às situações de desenvolvimento e de saúde mental (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto: F2.2.1).

Neste percurso fomos enriquecidos com inúmeras aprendizagens, vivências e reflexão acerca dos acontecimentos; a dinâmica de equipa que integrámos potenciou enormes ganhos profissionais e pessoais. E nesta partilha de conhecimento ecoou em nós o desejo de investir no conhecimento acerca da pessoa com primeiro surto psicótico, quais as intervenções do EESMP neste processo de transição, fulcral na prestação de cuidados de enfermagem especializados e de qualidade à pessoa com primeiro surto psicótico, quer durante o internamento (local de estágio) como após alta – proposta planeada- consulta de acompanhamento.

O estudo de caso elaborado contribuiu para o desenvolvimento de conhecimento próprio em enfermagem. Contemplou intervenções de EESMP com o rigor ético e deontológico que a prestação de cuidados de enfermagem exige; todas as intervenções foram validadas com a enfermeira orientadora. Para entender é preciso penetrar na sua própria visão, na sua vivência das coisas, mais do que nos juízos sobre a verdade das suas opiniões (Abreu, 1997).

Este percurso de elaboração de um plano de cuidados individualizado, personalizado, e construído em parceria com a própria pessoa garante ao EESMP avaliar o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida e bem-estar da pessoa, com ênfase na funcionalidade

e autonomia. A mobilização destas aptidões é intrínseca à intencionalidade na comunicação terapêutica, simultaneamente pede-se ao EEESMP perícia e conhecimentos, numa mobilização eficaz na garantia dos cuidados de enfermagem a prestar no âmbito da saúde mental. (Sequeira, 2014) Ou seja, avalia o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida com ênfase na funcionalidade e autonomia (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto: F2.2.3).

A revisão scoping da literatura essencial na compreensão da pessoa internada por primeiro surto psicótico, permitiu-nos aprofundar conhecimentos ampliando a compreensão da problemática, ou seja, despertou-nos “um outro olhar” sobre a pessoa naquele momento específico e transitório da sua vida. Sabemos que a psicose implica uma alteração do pensamento e da percepção (Abreu, 1997) portanto, a relação da pessoa consigo própria, com a sua circunstância e com o outro está francamente prejudicada. Sobre esta circunstância Peplau, (1992) afirma que a pessoa com doença mental frequentemente necessita de ajuda profissional para identificar estes padrões de ação, pensamento e percepção distanciados da realidade. Realçamos, pelo descrito, que enquanto EESMP será necessário acolher o outro com empatia, autenticidade, confiança, compreensão, respeito, intimidade profissional, promovendo não só uma relação de confiança, mas acima de tudo uma aliança/relação terapêutica (Lopes, 2018).

Consideramos importante referir que ao longo estágio final foi frequente a participação em reuniões da equipa multidisciplinares do DPSM, cuja importância de aprendizagem se verificou na discussão de planos de cuidados de enfermagem, na discussão do projeto terapêutico, na preparação para alta, no efeito porta giratória com ou sem necessidade de reinternamento; nos casos de reinternamento; na articulação com a família e recursos da comunidade. Uma possibilidade de aquisição de conhecimentos e consequentemente de competências, numa partilha de experiências significativas vivenciadas pelos distintos grupos profissionais, uma verdadeira dinâmica multidisciplinar.

A proposta de consulta de acompanhamento após alta, “numa perspetiva de projeto de cuidados em todas as fases do ciclo vital (...) no âmbito da saúde mental (...) projetos que promovam o bem-estar e saúde mental dos clientes que necessitem de cuidados na comunidade ou em instituições” (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto: 21429) surge após rigorosa avaliação diagnóstica. Do ponto de vista da evidência científica, a revisão scoping da literatura fundamentou o planeamento de proposta de consulta de acompanhamento após alta. A importância das intervenções do EESMP após alta, à pessoa internada por primeiro surto psicótico, ganhou uma robusta visibilidade à luz da evidência científica que a justifica. A

proposta elaborada, e que foi apresentada neste relatório, também foi apresentada numa das reuniões de DPSM, foi aceite pela equipa multidisciplinar e terá possibilidade de implementação naquele DPSM.

Este percurso enraizou a necessidade mobilizar conhecimentos atualizados e fundamentados em evidência científica, um “terreno fértil” para uma crescente capacidade identificar, refletir e desenvolver competências específicas de EESMP; pelo que consideramos ter desenvolvido esta competência.

(3) - Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;

(F3.1) –Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade.

(F3.2) -Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental.

(F3.3) -Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade.

(F3.4) -Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.

(F3.5) -Recorre À metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiatria, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto).

A construção da proposta de consulta de acompanhamento após alta, surge após identificação de um problema e uma necessidade específica no local onde decorreu o estágio final. De acordo com a OE: “O estabelecimento do plano de intervenção, é baseado no juízo clínico de enfermagem especializada perante a avaliação dos dados e premissas teóricas, é negociado com o cliente e utiliza os diagnósticos e sistemas de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), adotados pelo Internacional Council of Nurses e Ordem dos Enfermeiros” (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº356/2015). Nesta fase de planeamento, o EEESMP prioriza os diagnósticos de enfermagem formulados, identifica os resultados esperados e planeia as intervenções de enfermagem adequadas a implementar, utilizando o raciocínio diagnóstico como forma de julgamento clínico e recorrendo à CIPE versão 2015. Neste âmbito,

recorrendo a linguagem classificada para a prática da enfermagem (CIPE versão 2015), com programa informático SClinico que permite realizar os registos de enfermagem, ou seja, ficam reunidas as condições para a uniformização dos registos (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto).

Nesta competência (3), interligada e inerente à anterior, a proposta de planeamento de consulta de acompanhamento após alta, à pessoa com primeiro surto psicótico surge após desenvolvimento de metodologia de projeto, designadamente revisão scoping da literatura. Esta revisão da literatura aliada às vivências em contexto de estágio pretende traduzir-se na capacidade de planear cuidados baseados na evidência de forma a promover e proteger a saúde mental do cliente, neste caso da pessoa internada por primeiro surto psicótico, minimizando o desenvolvimento de complicações, promovendo a sua funcionalidade e a sua qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto).

Este plano de cuidados individualizado e personalizado foi construído em parceria com a própria pessoa com o objetivo de facilitar o processo de tomada de decisão do qual a mesma faz parte, ou seja, “sistematizar dados, determinar diagnósticos de saúde mental e planear e negociar um plano de cuidados com a pessoa e com a equipa de saúde” (OE, Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto).

O plano de cuidados elaborado, permitiu planear e construir as respetivas intervenções de enfermagem de acordo com os diagnósticos de enfermagem, aferindo resultados para melhor saúde mental, bem-estar físico, emocional e qualidade de vida; (F3.4.5) elabora e implementa o plano de cuidados a desenvolver com a pessoa de forma a aumentar e manter as suas competências e capacidades, diminuindo o risco de incapacidade; manter e promover a integração familiar, social e profissional das pessoas com perturbação mental, diminuindo a exclusão social: promover e reforçar as capacidades das famílias.

Perante o descrito, salientamos a nossa intervenção com a pessoa internada assim como as intervenções desenvolvidas com a família. No estudo de caso elaborado a família também revelou necessidade de intervenção para aceitar e compreender o internamento do seu familiar. Consideramos que o planeamento das intervenções e a sua execução foram determinantes na preparação para a alta. Verificou-se a assiduidade da pessoa responsável (uma das irmãs) em parceria com a equipa multidisciplinar e a pessoa internada na construção do projeto terapêutico. A pessoa internada por primeiro surto psicótico aquando a alta tinha apenas agendada consulta médica. Justificamos, também nesta competência, a pertinência da nossa proposta de Consulta de acompanhamento após alta.

Concordamos que “(...) ao longo de todo o ciclo vital, se procura prevenir a doença, promover os processos de readaptação após a doença, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida diária” (Nunes, 2018: 101). Assim, ao envolvermos a pessoa como parte integrante de todo o processo, tendo em conta as suas crenças, valores, tomada de decisão, efetuamos diagnósticos de enfermagem na área da Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica individualizados e centrados na pessoa, ou seja o EESMP (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto) concebe estratégias de empoderamento que permitem à pessoa desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental. Ao desenvolvermos e aprofundarmos habilidades, atitudes, saberes e aptidões, permite-nos mobilizar conhecimentos e consequentemente planear intervenções de enfermagem de forma estruturada, diferenciada e centrada na pessoa.

A metodologia de gestor de caso, está implementada na equipa onde exerce funções, apesar de conhecer os seus pressupostos e trabalhar habitualmente neste método, em contexto de estágio final a equipa não desenvolve este método de trabalho (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto) não sendo obstaculizante; não se revelou impeditivo na elaboração de um plano individualizado de tratamento/ reabilitação das pessoas com perturbação mental, doença mental grave ou de evolução prolongada e suas famílias (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto). Também nesta competência podemos justificar a pertinência da nossa proposta de consulta de acompanhamento após alta, no sentido da transição de doentes e famílias entre cenários de cuidados de saúde mental (...) e unidades comunitárias para fornecer continuidade de cuidados e suporte ao cliente (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto). A elaboração da proposta de consulta de acompanhamento após alta, é um plano que visa a promoção de ganhos em saúde, tanto para a pessoa, como família e comunidade. Pretende construir uma ponte de transição entre o hospital (internamento por primeiro surto psicótico) e o seu anterior contexto; garantindo fatores protetores da saúde mental e promovendo a máxima funcionalidade da pessoa.

As intervenções em grupo também têm contribuído para o desenvolvimento desta competência. São vários os desafios neste contexto, obrigando a desenvolver um processo reflexivo que atribua significado às nossas dificuldades, permitindo transformá-las em crescimento pessoal e profissional. O contexto de internamento de agudos (UICDP) é representativo de situação de crise na pessoa “a presença do enfermeiro junto da pessoa nas situações de crise, que no desempenho das suas competências e no respeito pelos seus limites profissionais, mantém a sua capacidade de resposta empática (Rogers, 2003).

Para promover uma interação que dará início a uma relação interpessoal e de ajuda, o EEESMP deve considerar como fatores determinantes: o ambiente, o contexto e comunicação. Para (Peplau, 1992), o processo de relação interpessoal na enfermagem pode ser descrito em quatro fases: orientação, identificação, exploração e resolução, sendo que estas etapas estão interrelacionadas e sobrepostas. Na relação de ajuda estabelecida entre EEESMP e a pessoa internada é a pessoa que tem as suas próprias ferramentas para atingir o objetivo que ela própria, ainda que em parceria, delineou (Peplau, 1997).

Consideramos que a competência em apreço foi adquirida, tanto por todas as intervenções demonstradas ao longo do período de estágio, como através da nossa atividade assistencial em CAD. Competências de EEESMP que permitem ajudar a pessoa ao longo do seu ciclo de vida integrada na família, grupo e comunidade.

(4) - Presta cuidados psicoterapêuticos, socio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde:

(F4.1) –Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental.

(F4.2) -Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação.

(F4.3) -Promove a reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental, com intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto).

No âmbito da competência em análise consideramos importante salientar que no estágio final tivemos inúmeras oportunidades no que concerne ao desenvolvimento desta aprendizagem. As dinâmicas implementadas e regulamentadas no DPSM, designadamente as reuniões de enfermagem, as atividades lúdico-terapêuticas e as reuniões multidisciplinares em que participámos ativamente, forneceram um aporte importante para esta quarta competência de EEESMP. No final deste percurso de aprendizagem refletida consideramos que “Uma relação interpessoal de qualidade entre quem recebe os cuidados e quem presta cuidados, permite à pessoa que recebe desenvolver -se, transformar-se, modificar-se, mas esta relação não é unívoca, também pode

ocorrer um processo de modificação e de desenvolvimento no prestador de cuidados” (Tomey & Alligood, 2004:127).

Começamos por observar as dinâmicas nas sessões psicoterapêuticas, observar intervenções planejadas e utilizadas para a promoção de estratégias de coping, da pessoa internada, com intuito de aumentar o seu insight sobre a sua doença e consequentemente modificar comportamentos. A perícia do EEESMP a cada sessão psicoterapêutica despertou em nós o fascínio e a vontade de aprender mais e melhor.

Na pessoa internada, no âmbito do presente trabalho por primeiro surto psicótico, o EEESMP assume (perante a pessoa) um relevante papel naquele momento de transição, no seu momento de crise no ciclo vital. Este profissional dotado ferramentas como: conhecimentos, aprendizagens, competências, habilidades, atitude e estratégias está habilitado para ajudar a pessoa na resolução de problemas em saúde e nomeadamente problemas em saúde mental. Segundo (Nunes, 2018), o cuidado profissional ao ser humano na área da saúde, assim se entende que o foco de atenção dos cuidados sejam os próprios projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Assim, o EEESMP deverá realizar uma criteriosa avaliação das intervenções implementadas, com o objetivo de ajudar a recuperar e reabilitar a pessoa, promovendo o seu máximo potencial. A relação desenvolvida permite a percepção real das necessidades da pessoa (necessidades diagnosticadas). Neste sentido, com o objetivo de as colmatar deve basear a sua tomada de decisão numa prática baseada em evidência científica.

Considerando a nossa proposta neste trabalho, a consulta de acompanhamento após alta, todas as intervenções adequadas foram fundamentadas pela revisão scoping da literatura. Pretende-se com esta proposta empoderar a pessoa, em contexto de relação terapêutica, para que possa regressar ao seu habitual contexto após o internamento. Este processo de transição é exigente para a pessoa que sofreu a experiência e doença mental, nomeadamente na pessoa internada por primeiro surto psicótico, pelo que com esta compreensão o EESMP age enquanto participante no suporte ao ato de decidir, e por sua vez, também na efetivação dos cuidados, de acordo com a vontade da pessoa no seu processo de mudança e ajuste (Meleis, 2010).

Sendo uma proposta que pretende fazer a ponte entre o internamento e o contexto habitual na comunidade, na concetualização do pensamento ao EESMP exige-se perícia na mobilização do conhecimento, o que lhe proporcionará a adequação da sua intervenção à especificidade da pessoa a quem se propõe prestar cuidados especializados. Apesar de toda a evolução, a Enfermagem continua a ser uma profissão rigorosa e exigente, para a qual é preciso estabelecer permanentemente relações com outras pessoas de forma empática, para além de um saber

teórico específico, um fazer técnico característico, e capacidade para tomar decisões em situações de grande exigência ética. (Vieira, 2006)

A proposta de consulta de acompanhamento após alta- intervenções do EEESMP, aguarda aprovação do CH (a que pertence o DPSM onde decorreu o estágio) para a sua implementação. As validações dos peritos do serviço permitiram a apresentação desta proposta a um nível superior.

De acordo com o Regulamento dos Padrões Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (2011,) psicoeducação “é uma forma específica de educação. É destinada a ajudar pessoas com doença mental ou qualquer pessoa com interesse na doença mental, possibilitando a compreensão dos factos sobre uma ampla gama de doenças mentais, de forma clara e concisa”. Segundo o mesmo regulamento “É também uma maneira de desenvolver compreensão e aprender estratégias para lidar com a doença mental e os seus efeitos. (...) para poderem ser capazes de conceber os seus próprios planos de prevenção de recaídas e de estratégias de gestão da doença” (O.E. 2011: 28).

Todo o trabalho desenvolvido durante o estágio promoveu o aprofundamento e a realização de aprendizagens em diversos domínios, contribuindo assim para desenvolvimento de várias competências, que nos permitiram gerir situações complexas relacionadas com a pessoa e família. Acreditamos ter dado passos significativos no desenvolvimento desta competência.

Assim foi possível a realização de diferentes sessões cujo planeamento se encontra em anexo, especificamente:

- Estigma – mudar preconceitos (Apêndice III)
- Caixa dos Medos (Apêndice IV)
- Movimenta a mente (Apêndice V)
- Relaxamento muscular progressivo de Jacobson (Apêndice VI)

A nossa atividade assistencial em Comportamentos Aditivos e Dependências, inclui atividades inerentes a esta quarta competência de EEESMP, da nossa participação consideramos pertinente referir algumas atividades nossas: Co-dinamizadora Grupo intitulado “Apoio a famílias de jovens com CAD”; Co-dinamizadora de ciclo de sessões em grupo, intitulado “Patologia alcoólica – projeto terapêutico de paragem dos consumos”; Dinamizadora de Sessão da relaxamento no ciclo de sessões em grupo intitulado “prevenção da recaída da patologia alcoólica; Articulação inter institucional (ETET-CH) com sessão “Patologia aditiva na gravidez”- riscos e intervenções.

Posto isto acreditamos ter enveredado por atividades promotoras do desenvolvimento desta quarta competência.

5.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

O DL no 63/2016 de 13 setembro define as competências necessárias para a aquisição do grau de Mestre. Pretendemos dar ênfase a estas competências de Mestre, pois trata o nosso percurso de um Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de ESMP e, uma vez que as competências comuns e as competências específicas do EEESMP, são necessárias que analisemos agora este enquadramento. O presente Curso de Mestrado de Enfermagem no seu regulamento de funcionamento prevê que para obter o Grau de Mestre o indivíduo:

1. Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
7. Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Consideramos que este percurso académico, tendo por base os objetivos de aprendizagem, promoveu o desenvolvimento da capacidade de investigação quer pelos trabalhos realizados nas disciplinas teóricas quer através da mobilização do conhecimento em contexto de estágio. O presente relatório procurou ilustrar todo o investimento pessoal, neste percurso de aprendizagem e de desenvolvimento e aquisição de competências. Agimos em conformidade com o CDE ao assumir o dever de manter os conhecimentos atualizados de forma contínua, utilizando competentemente as tecnologias na formação permanente e aprofundada acerca das ciências humanas (OE, 2015). Descrevemos toda a nossa intervenção em conformidade com a alínea c) do Artigo 109o do CDE, onde é referido que o enfermeiro na procura da excelência do exercício em todos os atos profissionais desempenhados, assume o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos, utilizar competentemente as tecnologias, não se esquecendo da formação permanente e aprofundada acerca das ciências humanas (OE, 2015).

Aprofundar conhecimentos permitiu um aumento gradual da compreensão no âmbito da investigação. Estamos cientes que desenvolver conhecimento e capacidade de investigação, possibilitaram a elaboração de revisão scoping da literatura, possibilitaram a atualização do conhecimento sobre as diversas problemáticas com que nos deparámos, podendo mobilizar o conhecimento (pesquisa informal) para resolver problemáticas do quotidiano académico, na prática clínica. Possibilitou a elaboração de uma proposta de melhoria no serviço onde decorreu o estágio final. Ainda no âmbito desta competência, elaboramos um artigo científico, cuja submissão para publicação, a um periódico científico, foi adiada devido ao contexto pandemia que o País atravessa.

Tendo por objetivo o aprofundamento de conhecimentos adquiridos em diversos contextos, investimos na formação continua além da formação académica, participando congressos a que já aqui fizemos referência.

Ao longo do Mestrado adquirimos e desenvolvemos competências com o objetivo de melhorar a qualidade de cuidados prestados no âmbito da Saúde Mental, bem como a aquisição de conhecimentos teóricos e científicos, adquirindo assim as competências de Mestre que constam em Decreto-Lei no 65/2018 publicado em Diário da República n.º 157/2018, 1ª Série. No 157 de 16 de agosto de 2018:

As competências de Mestre garantem:

a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

I. Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1o ciclo, os desenvolva e aprofunde;

II. Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

d) Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo

A análise reflexiva que a realização deste relatório exige, enaltece o enriquecimento formativo teórico-prático, transformador no nosso desenvolvimento pessoal e profissional. A aquisição de conhecimentos, a mobilização dos conhecimentos, a otimização dos recursos, a capacidade de estabelecer relação, a tomada de decisão fundamentada na ética e deontologia, alicerces na garantia da qualidade de cuidados de enfermagem prestados.

Todas as experiências vivenciadas, refletidas e discutidas em contexto de estágio final, treinaram a nossa competência nos mais diversos domínios de atuação, nomeadamente um elevado juízo crítico. Cada atividade realizada exige um juízo singular e complexo que permite responder adequadamente à necessidade identificada.

Ao Mestre solicita-se a capacidade de comunicar de forma clara e concisa, garantindo a perceção inequívoca das conclusões, conhecimentos e raciocínios. Consideramos que as competências ao nível da capacidade de comunicação foram adquiridas ao longo do percurso académico, com apresentação de trabalhos em contexto de sala de aula, em contexto de estágio final, através da integração na dinâmica da equipa multidisciplinar, participando ativamente

quando justificado. Acrescentamos que ao longo do nosso percurso profissional tivemos a oportunidade de apresentar comunicações livres em congressos, assim como trabalhos no âmbito da formação em serviço.

A experiência profissional com o investimento na formação continua, numa procura constante da melhoria dos cuidados de enfermagem prestados mobilizaram-nos até este curso de mestrado em enfermagem. Consideramos que as competências descritas e adquiridas se podem traduzir na atribuição do grau de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

CONCLUSÃO

Este relatório exigiu uma pormenorizada retrospectiva deste percurso académico. A mobilização dos conhecimentos adquiridos nas diversas Unidades Curriculares, no âmbito do Mestrado em Enfermagem, garantiram qualidade no diagnóstico e planeamento das intervenções no contexto de estágio final. Neste âmbito, refletir acerca das atividades desenvolvidas traduz-se numa autoanálise que nos permite avaliar todo o nosso processo de evolução e crescimento tanto pessoal como profissional.

Deste modo e à laia de um pequeno resumo de todo este documento, caracterizámos o contexto do estágio final, definimos uma problemática. Definimos um quadro conceptual para os temas e processos abordados, fomos à literatura para encontrar intervenções baseadas na evidência que dessem suporte à necessidade encontrada. De seguida planeamos uma consulta para promover a continuidade de cuidados de EEESMP à pessoa que sofreu um primeiro surto psicótico. No final de todo este processo desenvolvemos uma análise reflexiva deste percurso, dando também ênfase às atividades desenvolvidas por nós no estágio final. Como não poderia deixar de ser, dentro da nossa compreensão do conceito de competência, fizemos referência a algumas atividades desenvolvidas por nós ao longo da nossa vida profissional que acreditamos que de alguma forma se constituíram como recursos para o efetivo desenvolvimento de competências de EEESMP.

Compreendemos ao longo destas páginas que o primeiro surto psicótico é um momento de grande angústia para a pessoa e para a sua família. Descorremos sobre a importância da continuidade de cuidados e sobre o papel do EEESMP e por fim procurámos construir uma proposta de intervenção que fosse ao mesmo tempo exequível e adaptada à realidade experienciada.

Definimos, assim, três objetivos para este relatório. O primeiro dizia respeito às intervenções do EEESMP junto da pessoa que sofreu um primeiro surto psicótico, após a sua alta hospitalar. Para o efeito, debruçámo-nos sobre a problemática do surto psicótico, estudámo-la em pormenor e compreendemos que, no enquadramento conceptual da enfermagem a pessoa nesta circunstância passa por uma fase de transição que implica a adaptação a novos papéis e a exigências diferentes nos papéis habituais. Além disto, demos especial enfoque à importância da relação neste percurso, não só pela sua dimensão de contexto, como também pelas possibilidades de avaliação diagnóstica e intervenção terapêutica a ela inerentes. Compreendemos que

esta relação terapêutica segue quatro fases distintas e que importa que não se promova o sentimento de desconexão inerente às transições. Para tal realçamos que é importante que a relação iniciada em contexto de internamento se mantenha no regresso da pessoa nesta circunstância à sua vida habitual.

Numa incursão à literatura, através da revisão scoping, observámos quatro grandes dimensões desta intervenção de enfermagem especializada: a importância do EEESMP na preparação para alta enquadrada no seu referencial de competências; as intervenções deste profissional na promoção da gestão do tratamento e na prevenção de recaída na consulta de acompanhamento; focámos a intervenção multidisciplinar; e encontrámos evidência sobre a (re)integração na família/comunidade. Deste modo, alicerçados na evidência encontrada demos reposta ao segundo objetivo.

Este segundo objetivo, que nos remete para o planeamento da consulta permitiu-nos, além do desenvolvimento de competências naturalmente inerente ao processo, dar resposta a uma necessidade específica do contexto de estágio em que estivemos inseridos. Este planeamento forneceu importantes contributos para o desenvolvimento de competências como a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

O terceiro objetivo foi amplamente atingido, afinal fizemos uma reflexão pormenorizada do processo de desenvolvimento de competências de EEESMP e de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização de ESMP. Tanto durante a componente curricular do Mestrado em Enfermagem como durante o estágio final desenvolvemos atividades que nos ajudaram a construir sólidos quadros conceptuais sobre a prestação de cuidados do EEESMP, a compreender a sua área de intervenção e a intervir de uma forma baseada na evidência e no âmbito do seu referencial de competências.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, J.L.P. (1997). *Introdução à psicopatologia compreensiva*. (2ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Adair, C. E., McDougal, G. M., Mitton, C. R., Joyce, A. S., Wild, T. C., Gordon, A., Costigan, N., Kowalski, L., Pasmaeny, G., & Beckie, A. (2005). Continuity of care and health outcomes among persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 56(9), 1061–1069. Disponível em; <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.9.1061>, acessado a 10 de janeiro de 2021.
- Amaral, A. C. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental*. Loures: Lusociência
- Alvim, A. L. (2014). *O Processo de Enfermagem e suas Cinco Etapas. Enfermagem em Foco - COFEN*. Disponível em [O Processo de Enfermagem e suas Cinco Etapas | Alvim | Enfermagem em Foco \(cofen.gov.br\)](http://www.cofen.gov.br)
- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5*. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed
- Apóstolo, J.L.A. (2017). *Síntese da Evidencia no Contexto da Translação da Ciência*. Coimbra, Portugal, Escola Superior de Enfermagem. ISBN 978-989-99426-5-3
- Barker, P. (1998). The future of the Theory of Interpersonal Relations? A personal reflection on Peplau's legacy. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 5(3). 213-220 Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.1998.00128.x>, acessado a 02 de fevereiro de 2020.
- Batscha et al (2015). *The Effect of an Inpatient Transition Intervention on Attendance at the First Appointment Postdischarge From a Psychiatric Hospitalization*. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 17(5) 330–338 [doi:10.1177/1078390311417307](https://doi.org/10.1177/1078390311417307)
- Bernardino, E., Segui, M. L. H., Lemos, M. B., & Peres, A. M. (2010). *Enfermeira de ligação: uma estratégia de integração em rede*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(3), 459–463. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672010000300018>
- Buldukoglu PHD, RN, (2016). *The association of nursing care perception with coping skills and posttraumatic growth in mental disorders*. Original Article. DOI: 10.1111/jpm.12454

- Cardoso, A. (2007). Estudo sobre o Insight em Pessoas com Psicose. Lisboa.
- Canut, M. T. (2004). *Enfermería psicosocial y de la salud mental: Marco conceptual y metodológico*. Disponível em: <http://www.publicacions.ub.edu/ficha.aspx?cod=06161-gico>.
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica: Os fundamentos existencialhumanistas da relação de ajuda (Vol. 1)*. Loures: Lusodidacta.
- Chick, N., & Meleis, A.I. *Transitions: A nursing concern*. In P.L. Chinn (Ed.).(1986). Nursing research methodology, (pp. 237-257). Boulder, CO: Aspen Publication.
- Chiwaula, C. H., Chinkhata, M., Kamera, H., & Haruzivishe, C. (2018). *Evidence Based Practice: A Concept Analysis. Health Systems and Policy Research*, 05(03), 1–7. <https://doi.org/10.21767/2254-9137.100094>.
- Conselho Nacional de Saúde (2019). *Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: Um desafio para a próxima década*. Lisboa: CNS.
- Cruchinho, P. (2009). *Modelo das Dez Etapas- um modelo para o desenvolvimento das competências de processo de enfermagem baseado na utilização dos instrumentos básicos da profissão*. Revista Percursos, 12, 13-29. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_12.pdf
- Clouse, K. M., Williams, K. A., & Harmon, J. M. (2015). *Improving the No-Show Rate of New Patients in Outpatient Psychiatric Practice: An Advance Practice Nurse-Initiated Telephone Engagement Protocol Quality Improvement Project. Perspectives in Psychiatric Care*. Disponível em: [Improving the No-Show Rate of New Patients in Outpatient Psychiatric Practice: An Advance Practice Nurse-Initiated Telephone Engagement Protocol Quality Improvement Project - PubMed \(nih.gov\)](#)
- Coelho, M. (2015). *Comunicação Terapêutica Em Enfermagem: Utilização Pelos Enfermeiros*. Tese de Doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. <https://C:/Users/Mariana/Downloads/tese.pdf>
- Domenico E., Ide C. (2003) *Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades*. Revista Latino-americana de Enfermagem janeiro-fevereiro; 11(1):115-8. Disponível em: S:\rlae11_1\bases\janeiro03pag1 (scielo.br)

Decreto-Lei n.º DL-65/2018, de 16 de agosto. Diário da República, Série I, nº 157 (2018). Disponível em: Decreto-Lei 65/2018, 2018-08-16 - DRE

Early Psychosis Guidelines Writing Group & EPPIC National Support Program (2016). *Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis*. 2ª Ed. Melbourne: Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health

Fortin, M. F. (1999) - *O processo de investigação: da concepção à realização*. Lisboa: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X.

Grinshpoon, A., Lerner, Y., Hornik, L. T., Zilber, N., & Ponizovsky, A. M. (2011). *Post-discharge Contact with Mental Health Clinics and Psychiatric Readmission: A 6-month Follow-up Study*. *The Israel journal of psychiatry and related sciences*. Vol. 48(2).

Habit, N., Johnson, E., & Edlund, B. (2018). *Appointment Reminders to Decrease 30Day Readmission Rates to Inpatient Psychiatric Hospitals*. *Professional Case Management Mar/Apr 23(2):70-74*. doi: [10.1097/NCM.0000000000000248](https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000248)

Halpin, A., & Schanche, F. (2019). *Transition Theory Applications --"Wishes"*. *American Journal of Education and Information Technology*, 3(1), 12–16. Disponível em: <https://doi.org/10.11648/j.ajeit.20190301.13>, acedido a 20 de janeiro de 2020.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital – Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspetiva de Cuidar*. Loures: Lusociência

James, S., Charlemagne, S. J., Gilman, A. B., Alemi, Q., Smith, R. L., Tharayil, P. R., & Freeman, K. (2010). *Post Discharge Services and Psychiatric Rehospitalization Among Children and Youth*. *Administracion Policy Mental Health* 37(5), pp. 433-445.

Joyce, A. S., Wild, T. C., Adair, C. E., McDougall, G. M., Gordon, A., Costigan, N., Beckie, A., Kowalsky, L., Pasmenny, G., & Barnes, F. (2004). *Continuity of care in mental health services: Toward clarifying the construct*. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(8), 539–550. <https://doi.org/10.1177/070674370404900805>,

Knapp, M., Mangalore, R., & Simon, J. (2004). *The Global Costs of Schizophrenia*. *Schizophrenia Bulletin*, 30 (2), 279–293. doi: 0.1093/oxfordjournals.schbul.a007078apa

- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a Competência dos Profissionais*. (3ª Ed). São Paulo, Brasil, São Paulo: Artmed Editora, SA . ISBN 2-7081-2445-5.
- Le Boterf, G. (2006). Três dimensões a explorar. *Pessoal*, 60–63. Disponível em <http://www.guyleboterf-conseil.com/>, acessado a 10 de outubro de 2019.
- Lieberman, J. Perkins, D. Stroup, T. (2013). *Fundamentos da Esquizofrenia*. Brasil: Artmed Editora, SA.
- Lopes, M. J. (2005). *Os clientes e os enfermeiros: construção de uma relação*. Publicado na *Rev EscEnfermUSP* 2005;39(2):220-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/13.pdf>,., acessado a 20 de fevereiro de 2021.
- Lopes, M. J. (2018). *Forming and Maintaining Interpersonal Relationships*. Springer International Publishing Switzerland 2018 247 J.C. Santos, J.R. Cutcliffe (eds.), *Euro-pean Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st Century*, Principles of Specialty Nursing, <https://doi.org/10.1007/978-3-319-31772-4>
- Lutgens D, Garipey G, Malla (2017). Psychological and psychosocial interventions for negative symptoms in psychosis: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. May;210(5):324-332. doi: 10.1192/bjp.bp.116.197103. PMID: 28302699.
- Malla A, Payne J. (2005). First-episode psychosis: psychopathology, quality of life, and functional outcome. *Schizophr Bull* Jul;31(3):650-71. doi: 10.1093/schbul/sbi031. Epub 2005 Jul 8. PMID: 16006593.
- Mão de Ferro, A. (1999). *Na Rota da Pedagogia*. Lisboa: Edições Colibri.
- Marin, H., Rodrigues, R., Delaney, C., Nilsen, G. & Yan, J. (2001). *Building standard-based nursing information systems*. Washington: PAHO
- Meleis, AI & Tragenstein PA (1994). *Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission*. *Nursing Outlook*, 42(6), 255–259. Disponível em: <http://search.ebsco-host.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=107397405&site=ehost-live>,.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.

Mendes, J. (2006). *A relação de ajuda: um instrumento no processo de cuidados de enfermagem*. Revista de Formação Contínua em Enfermagem., ANO XII (Nº. 36), pp. 71-77.

Ministério da Saúde (2018), Retrato da Saúde, Portugal. ISBN 978-989-99480-1-3

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. PLoS Med 6(7): e1000097. [doi:10.1371/journal.pmed1000097](https://doi.org/10.1371/journal.pmed1000097).

Murphy et al. (2009) *Early Intervention in the Real World The development of the Recovery and Prevention of Psychosis Service in Melbourne*. Disponível em [doi:10.1111/j.1751-7893.2009.00113.x](https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2009.00113.x).

Nogueira, N.R. (2005). *Pedagogia dos Projetos: etapas, papéis e atores*. Tatuapé: Editora Érica

Novo, S., Galvão, A., Rodrigues, S. (2014). *Relação de Ajuda e Intervenção Psicoterapêutica no Serviço de Urgência*. Novos Olhares na Saúde. 1:978–989.

Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem: Fundamentos e Horizontes*. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-67-7

Nunes, L. (2017). *Para uma epistemologia de enfermagem*. Loures, Portugal; Lusodidacta.

Nunes, L. (2018). *Para uma epistemologia de enfermagem* (2ªed.). Loures, Portugal:Lusodidacta.

Ordem dos Enfermeiros (2011) *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. Disponível em: <https://dre.tre-tas.org/dre/923766/regulamento-356-2015-de-25-de-junho>, acessado a 22 de setembro de 2019.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional em Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Ordem dos Enfermeiros (2015b). Código Deontológico, Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Codigodedontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento Dos Padrões De Qualidade Especializados Em Enfermagem De Saude Mental*. 1, 37. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional em Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Código Deontológico*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>, acessado a 09 de junho de 2020

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Delegação – Tomada de posição*. Lisboa: Ordem Dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2018a). Regulamento n.º 515/2018 – *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Publicado em Diário da República, 2ª Série. Nº 151 de 7 de agosto de 2018; (Anexo I) :21427–30.

Ordem dos enfermeiros (2018b). *Padrão de Documentação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Publicado em Diário da República, nº 140/2019, 2ª série. Nº 140 de 6 de fevereiro de 2019. 4744-4750.

Palha F, Costa N. (2015) *Trajetórias pelos cuidados de saúde mental: O processo de “desinstitucionalização” psiquiátrica em Portugal: da análise objetiva dos factos às percepções de utentes, familiares/cuidadores e técnicos*. Disponível em Direção-Geral de Saúde (2017) Programa Nacional Para a Saúde Mental

Paniagua, D., Ribeiro, M., Correia, A., Ferreira e Cunha, C., Baixinho, C., & Ferreira, O. (2018). *Training for hospitalcommunity safe transition*. Revista Brasileira de Enfermagem, 5(71), pp. 2396-2403.

Peters, M.D.J., Godfrey, C., Mclnerney, P., Baldini Soares, C., Khalil, H., Parker, D. (2017). *Chapter 11: Scoping Reviews*. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. The Joanna Briggs Institute. Disponível em <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>, acessado a 10 de outubro de 2019.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures, Portugal: Lusociência;

Peplau, H. (1992). *Interpersonal relations: a framework for application in nursing practice*. Nursing Science Quarterly, 5(1), 13–18. Disponível em: <https://doi.org/0803973233>, acessado a 10 de outubro de 2019.

Peplau, H. (1997). *Peplau's theory of interpersonal relations*. Nursing Science Quarterly, 10(4), 162–167. Disponível em: 10.1177/089431849701000407

Redding, A., Maguire, N., Johnson, G., & Maguire, T. (2017). *What is the Lived Experience of Being Discharged From*. Community Mental Health Journal (53), pp. 568-577.

Regulamento de Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem (2018). Associação das Escolas Superiores De Enfermagem e Saúde. Documento facultado pela co-ordenação do curso de Mestrado Integrado em Enfermagem em Associação.

Rogers, C. (2009). *Tornar-se Pessoa*. Lisboa, Portugal: Padrões Culturais Editora

Roos, E., Bjerkeset, O., & Steinsbekk, A. (2018). *Health care utilization and cost after discharge from a mental health hospital; an RCT comparing community residential aftercare and treatment as usual*. BMC Psychiatry, p. 363

Ruivo, M; Ferrito, Nunes, L. et al (2010). *Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas*. Revista Percursos. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Santos, C. M., Pimenta, C. A., & Nobre, M. R. (2007). *A Estratégia PICO para a Construção da Pergunta de Pesquisa e Busca de Evidências*. Revista Latino-Americana Enfermagem, pp. 15-18.

Sequeira, C. (2014). *Editorial: Padrões de qualidade em saúde mental*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Special (1), 5–7. Disponível em: <https://doi.org/10.19131/rpesm.0010> , acessado em 30 de setembro de 2019

Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. (1a edição). Lisboa, Portugal: Lidel

- Schultze-Lutter, F., Klosterkötter, J., Picker, H., Steinmeyer, E. M., & Ruhrmann, S. (2007). Predicting first-episode psychosis by basic symptom criteria. *Clinical Neuropsychiatry*, 4(1), 11–22.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2013). Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020. Lisboa: SICAD. ISBN: 978-972-9345-92-0.
- Skalli, L & Nicole, L. (2011). *Specialised first-episode psychosis services: a systematic review of the literature..* L'Encéphale. 37 Suppl 1. S66-76.
- Silva, E., & Menezes, E. (2001). Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação. *Portal*, 29(1), 121. <http://www.mendeley.com/research/metodologia-da-pesquisa-e-elaborao-de-dissertao-4a-edio-revisada-e-atualizada/>
- Stuart, G. W. & Laraia, M. T. (2006). *Enfermería psiquiátrica: Principios y práctica (8ª ed.)*. Madrid: Elsevier España S.A.
- Townsend, M.C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica*. Loures: Lusociência.
- Trotman, H. D., Holtzman, C. W., Ryan, A. T., Shapiro, D. I., MacDonald, A. N., Goulding, S. M., Brasfield, J. L., & Walker, E. F. (2013). The development of psychotic disorders in adolescence: A potential role for hormones. *Hormones and Behavior*, 64(2), 411–419. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2013.02.018>
- Tomey, A.M. & Alligood, M.R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra. (Modelos e Teorias de Enfermagem) (5ª edição)*. Loures, Portugal: Lusociência
- Xavier, M., Baptista, H., Mendes, J. M., Magalhães, P., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2013). Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal – rationale, design and fieldwork procedures. *International Journal of Mental Health Systems*, 7(1), 19.doi:10.1186/1752-4458-7-19.
- Yung, A. R., & McGorry, P. D., (1996). The Prodromal Phase of First-episode Psychosis: Past and Current Conceptualizations. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2), 353–370. doi:10.1093/schbul/22.2.353

APÊNDICES

APÊNDICE I

RESUMO DO ARTIGO: “DO SURTO À SOCIEDADE - INTERVENÇÕES
DO EEESMP APÓS ALTA: REVISÃO SCOPING DA LITERATURA

RESUMO DO ARTIGO

Introdução

Na doença mental a psicose assume características específicas; alterações do pensamento, percepção e comportamento cujo período de internamento hospitalar é tendencialmente mais curto. Pelo aumento de reinternamentos torna-se premente o acompanhamento após a alta; gerar respostas que garantam a continuidade de cuidados. O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (EEESMP) dentro da equipa multidisciplinar tem um importante papel a desempenhar.

Objetivo

Identificar as intervenções do EEESMP junto da pessoa com diagnóstico de psicose, após a alta, no contexto dos cuidados diferenciados

Metodologia

Para responder ao objetivo foi efetuada uma revisão scoping, procurou artigos publicados entre 2009 e 2019, bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, MedicLatina

Resultados

Selecionados cinco artigos. Sistematizou-se a importância do EEESMP na preparação para a alta, o papel do enfermeiro na consulta de acompanhamento pós-alta.

Conclusão

O EEESMP na equipa multidisciplinar, tem um papel importante na preparação para a alta, no acompanhamento após a alta e no processo de reintegração.

Palavras chave: psychosis, psychosis disorder, intervention, continuity of patient care, psychiatric nursing, case management.

APENDICE II

APRESENTAÇÃO DA REVISÃO SCOPING AO DPSM

3º CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Orientadores: Prof. Lino Ramos
Enf.ª Andreia Espadinha

Irene Ribeiro

5 Fevereiro 2020

DO SURTO À SOCIEDADE



OBJETIVO

Estruturar um projeto para implementação da consulta de enfermagem de follow up à pessoa com diagnóstico de psicose, após alta

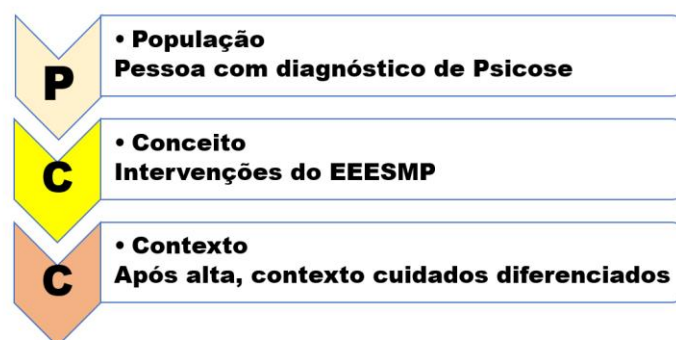
OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- **Elaborar uma revisão scoping da Literatura**
- **Desenvolver competências de Enfermeiro EESMP**
- **Identificar as intervenções de Enfermeiro EESMP**



Do Surto à Sociedade

QUAIS AS INTERVENÇÕES DO EEESMP JUNTO DA PESSOA COM PSICOSE, APÓS ALTA, EM CONTEXTO DE CUIDADOS DIFERENCIADOS?



BASES DADOS

EBSCOhost, PUBMED, CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, MedicLatina

entre os dias 16 de novembro de 2019 e 1 de dezembro de 2019.

Os artigos foram procurados em inglês, português, francês e espanhol

intervalo temporal de 10 anos, de 2009 a 2019.



CrITÉRIOS de inclusão

Estudos realizados com pessoas com psicose após a alta

Estudos realizados em contexto de continuidade de cuidados hospitalares

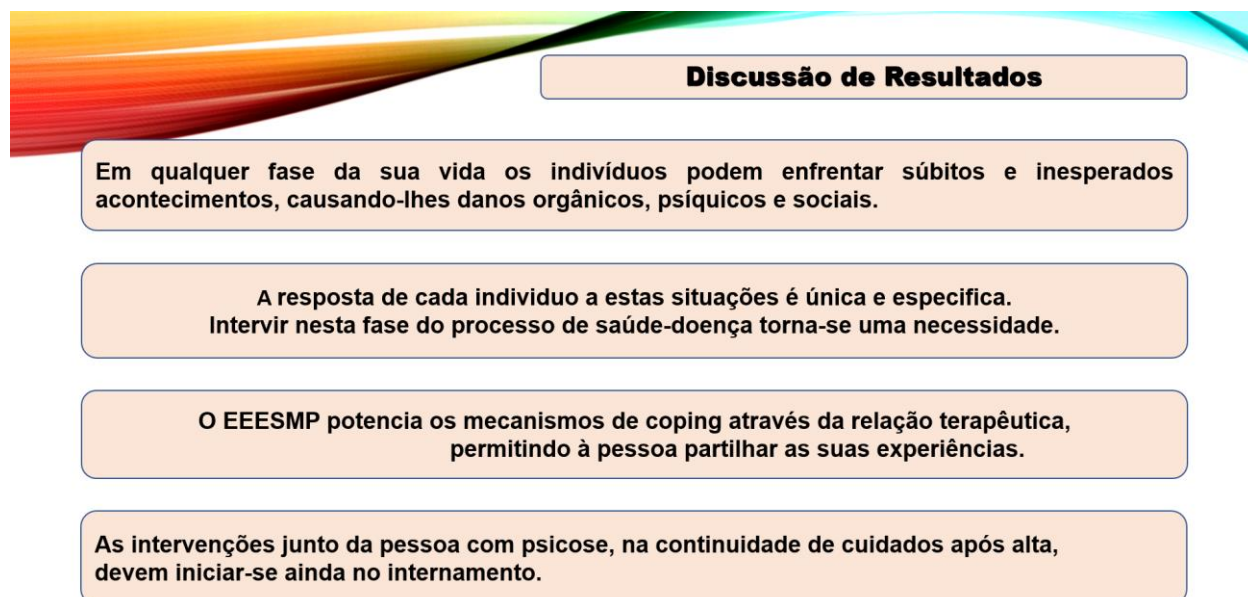
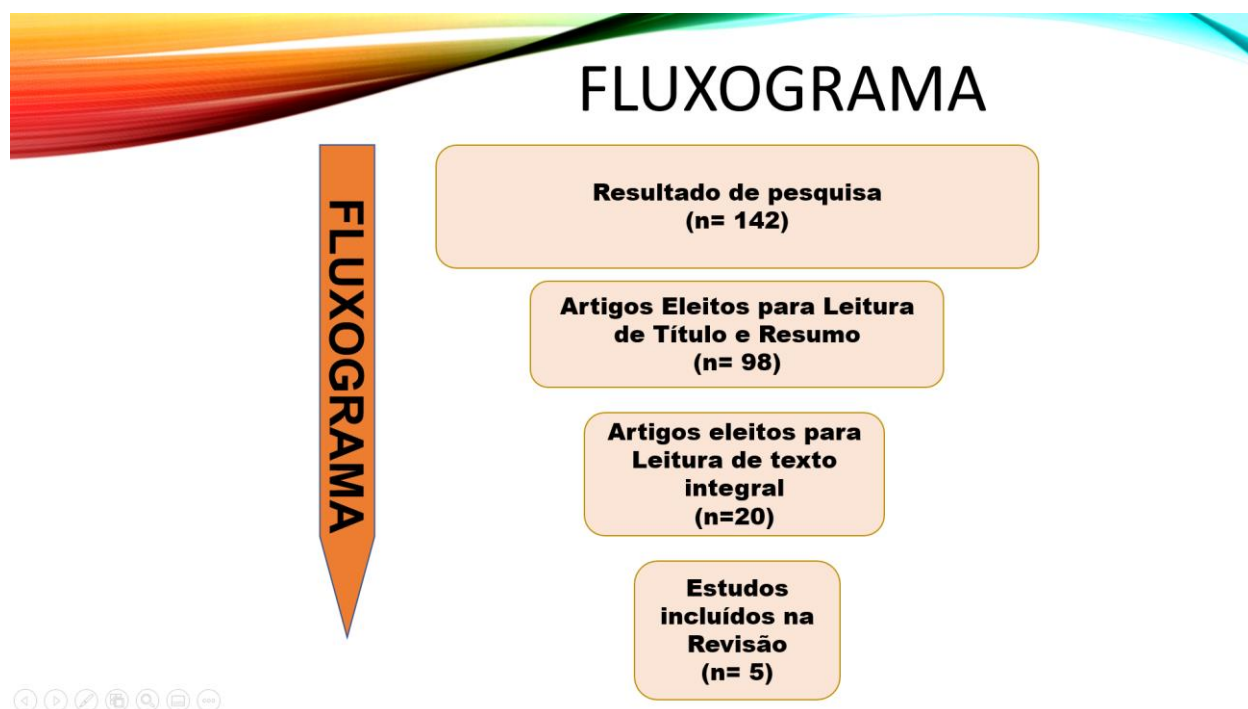
CrITÉRIOS de exclusão

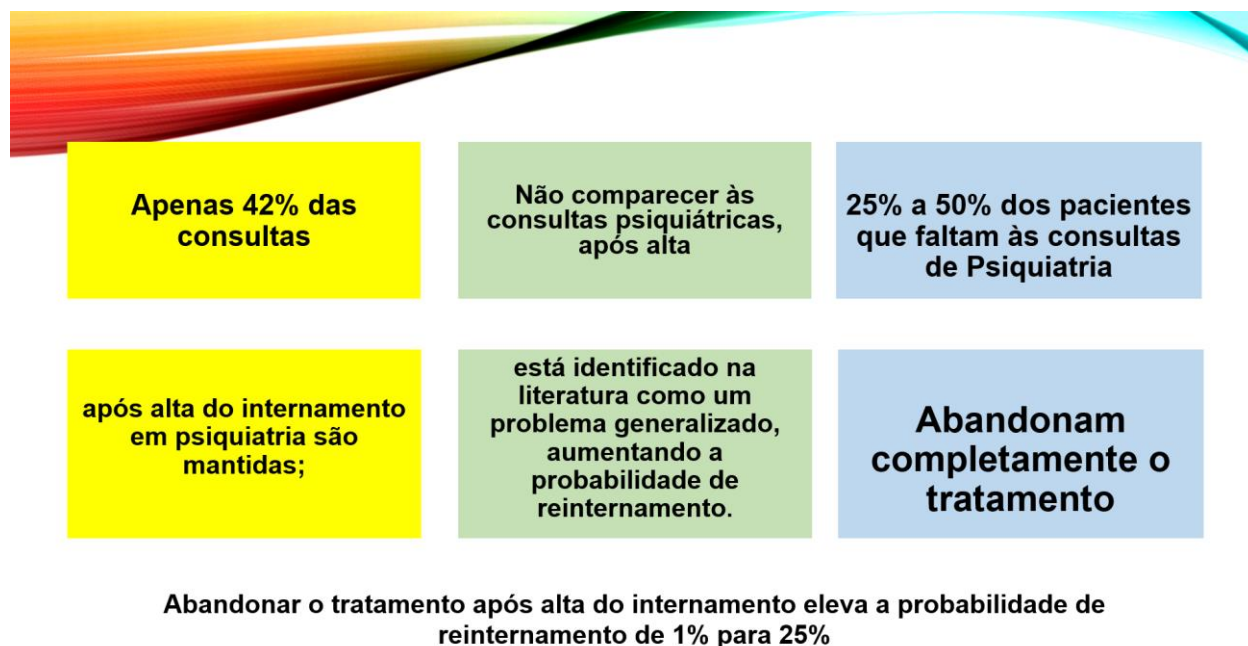
Estudos sobre mulheres com psicose pós-parto

Estudos com população exclusivamente adolescente,

Estudos realizados no âmbito dos cuidados de saúde primários.

METODOLOGIA- REVISÃO SCOPING

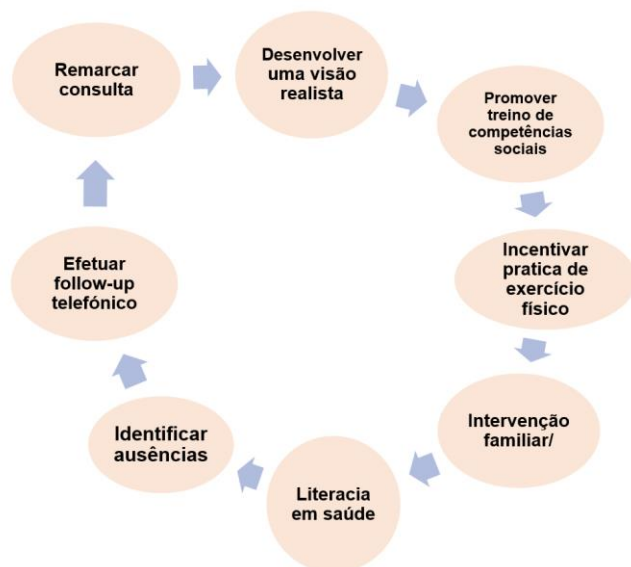




1- IMPORTÂNCIA DO EEESMP NA PREPARAÇÃO DA ALTA



2- INTERVENÇÃO DO EEESMP NA PROMOÇÃO DA GESTÃO DO TRATAMENTO E NA PREVENÇÃO DA RECAÍDA



Na Entrevista:

Agendar consulta

Relembrar com Carta

Empoderar através de literacia
em saúde e psicoeducação

Promoção da auto-eficácia do
regime terapêutico

Esclarecer Dúvidas

Surto à Sociedade

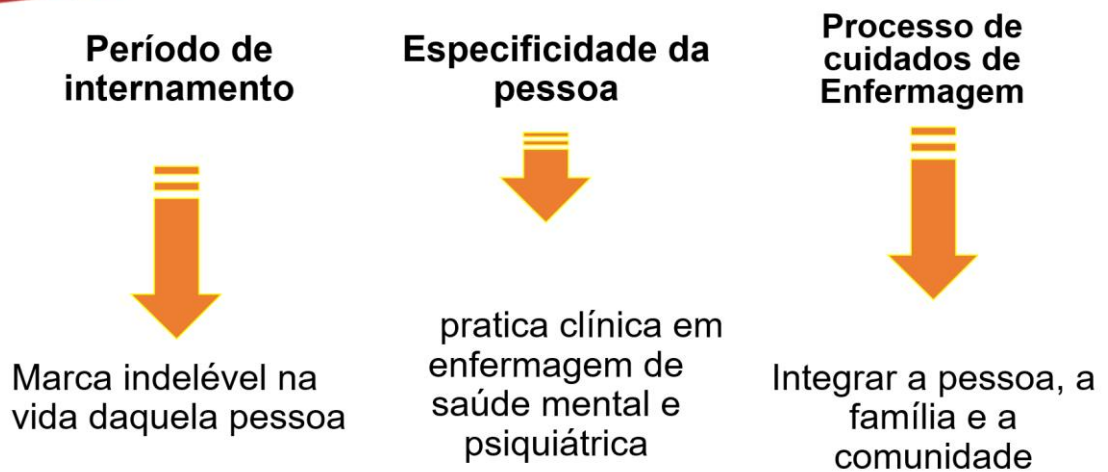
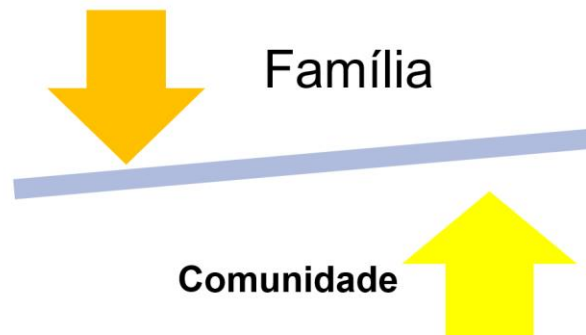
3- INTERVENÇÃO MULTIDISCIPLINAR

Definir estratégias de deteção
precoce

Definir intervenções específicas para
minimizar risco de recaída

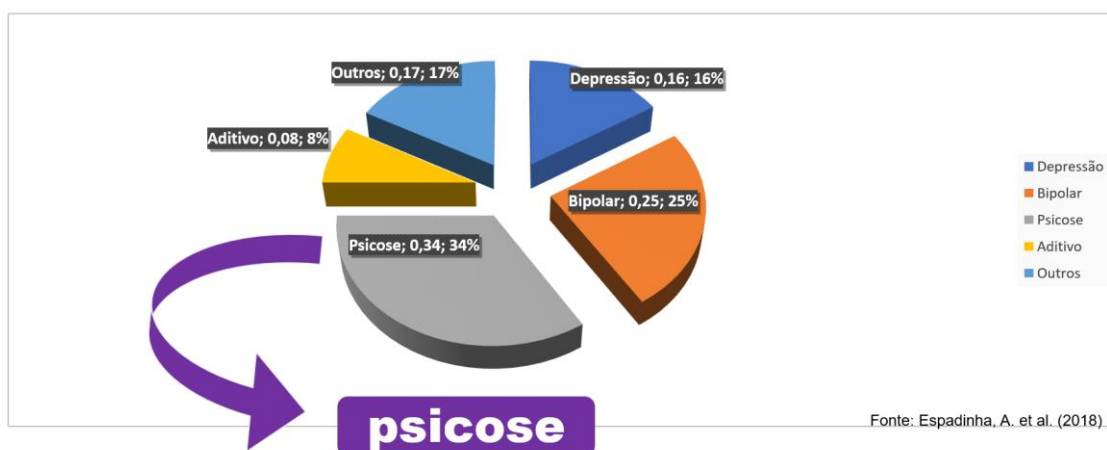
Maximizar a qualidade de vida

4- INTEGRAÇÃO NA FAMÍLIA/ COMUNIDADE





IDENTIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE INTERNAMENTO NO LOCAL DE ESTÁGIO II





Grata pela vossa atenção

Até Breve

APÊNDICE III

ATIVIDADE: ESTIGMA – MUDAR O PRECONCEITO

DPSM - Atividade Lúdico- Terapêutica

Sessão: “Estigma: Mudar Preconceitos

Local: Onde decorreu o Estágio Final

Destinatários: Doentes do DPSM

Formadores : Enf.^a Irene Ribeiro, Enf.^a Orientadora Alice Espadinha

Objetivo Geral:

Capacitar as pessoas com doença mental para uma resposta assertiva e adequada quando confrontados com situações de estigma

Objetivos Específicos

- Referir o significado de estigma e diferenciar os dois tipos;
- Interpretar o significado de uma música e relacioná-la com o estigma social;
- Promover a mudança das pessoas com doença mental em relação ao auto estigma e estigma social;
- Refletir sobre o autoestigma;
- Promover a interação social.

Conteúdos:

- Referência ao significado de estigma e diferenciação entre os dois tipos; auto estigma e estigma social;
- Interpretação do significado de uma música e relacioná-la com o estigma social
- Promoção da mudança das pessoas com doença mental em relação ao auto estigma e estigma social;
- reflexão sobre o auto estigma e formas de resolução da situação;
- Promoção da interação social.

Fundamentação:

A doença mental ainda é vista socialmente como algo de negativo, e um dos motivos para os falsos conceitos é a baixa literacia acerca da doença, dos seus sintomas e tratamento (Sousa, 2017).

A palavra estigma pode assumir diversos significados, dependendo do contexto em que está inserida. Pode surgir associada a uma marca, aquelas que aparecem nas mãos de Cristo, mas também pode significar discriminação e preconceito (Bento, 2014).

“Estigma, é o atributo ou a característica, ação ou comportamento, visíveis ou invisíveis, que permitem caracterizar o sujeito negativamente, inserindo-o automaticamente numa categoria social, sendo esta excluída à partida, tornando-se sinónimo de descrédito e desaprovação” (Bento, 2014, p. 24).

Corrigan (2004) refere que existem 4 processos sociocognitivos relacionados com o estigma, que são : os indícios, os estereótipos, o preconceito e a discriminação. Este autor distinguiu ainda o estigma público de auto estigma, sendo que este último se refere à baixa autoestima e autoeficácia do próprio, perante o estigma público (Sousa, 2017).

“O estigma público tem início em indícios específicos (sintomas, défices de competências sociais, aparências, rótulos, etc.) que conduzem a estereótipos (i.e., estruturas de conhecimento aprendidas sobre um determinado grupo social). No que diz respeito ao preconceito, trata-se de uma resposta cognitiva e afetiva que provoca uma reação comportamental, a discriminação.

No auto estigma, o que ocorre é que as pessoas com diagnóstico tendem a internalizar as crenças que estão associadas à doença mental e passam a acreditar que têm menos valor do que as outras pessoas devido à sua condição” (Sousa, 2017, p.2).

Desde 2005, o estigma tem tido uma atenção prioritária ao nível da investigação por parte da Organização Mundial de Saúde (OMS), dado que é um obstáculo à prevenção de doenças mentais, à promoção do bem-estar e à adesão ao tratamento e cuidados eficazes, contribuindo, ainda para o abuso dos direitos humanos (OMS, 2014).

Apesar das medidas propostas pela OMS, o estigma continua presente, persistindo ainda conceitos como “agressivo”, “perigoso” e “doido”, associados à doença mental o que denota uma visão estigmatizante (Batista, 2013). O contacto com doentes mentais, o aumento da literacia em saúde mental, a experiência pessoal, a escolaridade e os fatores culturais são os mais influentes na perceção das perturbações mentais (Santos, 2017).

A mudança ocorre através das políticas de saúde, ao disponibilizarem recursos para ações de promoção da saúde e prevenção da doença. No entanto isso não se verifica, e os serviços de Saúde Mental e Psiquiatria, atualmente, continuam a ser considerados o “parente pobre” do serviço nacional de saúde, não sendo alvo de investimento tanto nas estruturas como na investigação em comparação comparativamente a outras áreas da saúde (Santos, 2017).

Ainda há um longo caminho a percorrer, por isso ser necessária intervenção no sentido de promover uma atitude assertiva contra o estigma associado à doença mental, incentivar as interações entre pessoas com esta patologia e a população em geral e promover os seus direitos, poder-se-á ter resultados favoráveis à redução do estigma (Santos, 2017).

Metodologia:

Serão usados os métodos interrogativos e demonstrativo.

Recursos:

Quadro branco e marcador, Caixa com frases, Rádio com música

Palavras e frases a serem usadas na sessão (na Caixa)

“Doidos e Malucos”

“Os Doentes Mentais não contribuem para a sociedade”

“Falam sozinhos, ouvem coisas, não conseguem conversar”

“Vivem noutra mundo”

“Não se sabem comportar”

“Só fumam e bebem café”

“São perigosos e batem nas pessoas”

“É impossível viver com um doente mental”

“Passam o dia sem fazer nada”

“Deviam estar todos num manicómio”

Duração:

5 minutos de apresentação

30 minutos de desenvolvimento – 1ª parte

30 minutos da utilização da caixa- Mudar Preconceitos – 2ª parte

10 minutos avaliação

Execução da Sessão:

A sessão será dividida em 2 partes. Na primeira parte será fornecida a letra “os Loucos de Lisboa”, e será ouvida a música, dando a oportunidade de exporem a interpretação que fazem da letra e do significado que a doença mental tem socialmente. (O objetivo é os conceitos de autoestigma e estigma social e que se reflita sobre os mesmos).

APENDICE IV

ATIVIDADE: CAIXA DOS MEDOS

DPSM - Atividade Lúdico- Terapêutica

Sessão: “Caixa dos Medos”

Local: Onde decorreu o Estágio Final

Formadores: Enf.^a Irene Ribeiro, Enf.^a Orientadora Andreia Espadinha

Destinatários: Doentes do DPSM

Objetivo Geral:

Promover a comunicação de sentimentos

Objetivos Específicos:

- Promover sentimentos positivos;
- Estimular a relações interpessoais;
- Partilhar preocupações, medos, receios;
- Refletir em conjunto para ajudar cada um nas suas dificuldades;
- Desenvolver empatia.

Conteúdos:

Fundamentação:

Metodologia:

Serão usados os métodos interrogativos e demonstrativo.

Recursos:

Papel, canetas caixa, Quadro branco e marcador.

Duração:

5 minutos de apresentação

30 minutos de desenvolvimento – 1ª parte

30 minutos da utilização da caixa- Mudar Preconceitos – 2ª parte

10 minutos avaliação

Execução da Sessão:

APENDICE V

ACTIVIDADE: MOVIMENTA A MENTE

DPSM - Atividade Lúdico- Terapêutica

Sessão: “Movimenta a Mente”

Local: Onde decorreu o Estágio Final

Formadores: Enf.^a Irene Ribeiro, Enf.^a Orientadora Andreia Espadinha

Destinatários: Doentes do DPSM

Objetivo Geral:

Promover o Bem estar físico e mental de cada participante

Objetivos Específicos:

- Promover o autoconceito, auto-imagem e auto-estima;
- Facilitar a relação de confiança e a dinâmica de grupo;
- Promover a partilha e a interação do grupo;
- Incentivar à pratica de exercício físico;
- Estimular a coordenação motora;
- Fomentar a exploração, expressão e partilha de sentimentos vivenciados
- Estimular a partica reflexiva do individuo relativamente aos beneficios da atividade desenvolvida
- Facilitar o auto-conhecimento e o conhecimento mútuo
- .

Conteúdos:

Fundamentação:

Metodologia:

Após a apresentação será explicada a atividade de movimento. Consiste em executar exercícios de movimento sugeridos pela moderadora. Terá início com ligar a música num tom baixo mas rítmico.

Pedir aos participantes par deambular pela sala de forma ordeira e organizada

Iniciar exercícios de rotação articular, começando pela cabeça, numa sequencia cefalo-caudal

Seguem-se exercícios de flexão- extensão

Recursos:

Colchões, rádio

Duração: 50min

5 minutos Explicação da atividade (em que consiste)

5 minutos de apresentação

30 minutos de realização da atividade

10 minutos Discussão/ avaliação da atividade

APENDICE VI

ACTIVIDADE: RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO DE JACOB- SON

DPSM - Atividade Lúdico- Terapêutica

Instituição: XXX Participantes: Utentes Serviço: DPSM Data: Terapeuta: Enf. ^a Irene Ribeiro Orientador: Enf. ^a Andreia Espadinha		Tema: Sessão de Relaxamento Muscular Progressivo Jacobson Objetivo geral: - Promover o relaxamento; Objetivos específicos: - Ensinar e treinar técnica de relaxamento; - Melhorar a saúde mental; - Diminuir a ansiedade, o stress e a tensão muscular; - Promover a expressão de emoções e sentimentos.		
Etapas	Tempo	Desenvolvimento do tema	Recursos	Avaliação
Introdução	2 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do tema • Motivação da escolha do tema • Objetivos • Metodologia 	- Sala com baixa luminosidade e ruído mínimo possível; - Coluna som; - Computador; - Colchão; - Almofada; - Manta.	FORMATIVA - Participação espontânea dos utentes; - Observar o comportamento e postura durante a sessão; - Incentivar a expressão de sentimentos, nomeadamente como se sentiram; - Aplicação de um questionário individual; - Aplicação da escala de Ansiedade <i>Hamilton</i> .
Desenvolvimento	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de Relaxamento progressivo de Jacobson. <p>A utente é convidada a deitar-se em posição confortável, é-lhe proposto que feche os olhos e que descontraia ao som da música e da respiração calma e profunda, de acordo com as indicações da Enfermeira ESMP. Posteriormente, será dirigida e envolvida na terapia, segundo o guião da técnica de relaxamento progressivo (contração e descontração muscular).</p>		
Conclusão	3 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo para retomar nível de consciencia mais alerta; • Avaliação oral a través da expressão de sentimentos. 		

Justificação:

O relaxamento é um tipo de psicoterapia de modificação de comportamento na medida em que o relaxamento pode contrariar muitos dos sintomas associados ao stress, que se mani-

festam quer fisiologicamente, quer a nível comportamental. A técnica do relaxamento progressivo de Jacobson, baseia-se na premissa de que o corpo responde a pensamentos e eventos que provocam ansiedade através da tensão muscular. Este é um método de relaxamento profundo em que se observaram resultados positivos no tratamento da tensão muscular, ansiedade, depressão, fadiga dores de pescoço e costas, tensão arterial elevada. A Imaginação Guiada é uma técnica terapêutica de relaxamento que focaliza e dirige a imaginação de maneira subtil e delicada, que trabalha não apenas com o sentido da visão, mas também explora o olfato, a audição e o paladar. A técnica engloba a atividade mental, corporal e emocional e é o foco dirigido ao corpo que a torna extremamente eficiente. (Townsend, 2011).

Townsed, M. C. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos e cuidado na prática baseada na evidência. (6ª edição). Loures: Lusociência.

Guião da Sessão:

Irei falar sobre 16 grupos musculares.

Vou pedir-lhe que se concentre na minha voz. Não contraia nada até eu dizer a palavra “agora” e apenas relaxe quando eu disser a palavra “relaxe”.

Deite-se como se sinta mais confortável e feche os olhos.

- Mão e antebraço direito: Contrair os músculos, fechando fortemente o punho e mantendo o braço direito. Sinta a tensão na mão, nos nós dos dedos, nas articulações do punho e nos músculos do antebraço (5 seg). Relaxe.

Repare no contraste entre a tensão e o relaxamento (10 seg).

- Braço direito: Contrair os músculos, empurrando o cotovelo contra o braço da cadeira ou empurrando o cotovelo para baixo e para dentro contra o corpo. Sinta a tensão no braço (5seg). Relaxe.

Repare no contraste entre a tensão e o relaxamento (10 seg).

- Mão e antebraço esquerdo: Contrair os músculos, fechando fortemente o punho e mantendo o braço esquerdo. Sinta a tensão na mão, nos nós dos dedos, nas articulações do punho e nos músculos do antebraço (5 seg). Relaxe.

Repare no contraste entre a tensão e o relaxamento (10 seg).

- Braço esquerdo: Contrair os músculos, empurrando o cotovelo contra o braço da cadeira ou empurrando o cotovelo para baixo e para dentro contra o corpo. Sinta a tensão no braço (5seg). Relaxe. Repare no contraste entre a tensão e o relaxamento (10 seg).

- Parte superior da face (testa): Contrair os músculos, levantando as sobrancelhas o mais alto possível / franzindo a testa. Sinta a tensão na testa e no centro do couro cabeludo (5 seg). Relaxe. Repare no contraste entre a tensão e o relaxamento (10 seg).

- Parte central da face (parte superior das bochechas e nariz): Contrair os músculos, fechando fortemente os olhos e franzindo o nariz, levantando-o. Sinta a tensão em redor dos olhos, no nariz e no alto das bochechas (5 seg). Relaxe. Repare no contraste entre a tensão e o relaxamento (10 seg).

- Parte inferior da face (parte inferior das bochechas, boca e queixo): Contrair os músculos, fechando fortemente os dentes e empurrando os cantos da boca para trás, como se quisesse sorrir exageradamente (5 seg). Sinta a tensão à volta dos maxilares e do queixo. Relaxe. Repare no contraste entre a tensão e o relaxamento (10 seg).

- Pescoço: Contrair os músculos, empurrando fortemente o queixo para baixo, contra o peito, sem tocar neste ou empurrando a cabeça para trás, contra a cadeira. Sinta a tensão no pescoço (5 seg). Relaxe. Repare no contraste entre a tensão e o relaxamento (10 seg).

- Peito, ombros e parte superior das costas: Contrair os músculos, inspirando profundamente, guardando o ar dentro dos pulmões e empurrando os ombros e as omoplatas para trás (como se quisesse tocar com um ombro no outro). Sinta a tensão no peito, ombros e costas (5 seg). Relaxe. Repare no contraste entre a tensão e o relaxamento (10 seg).

- Abdómen: Contrair os músculos, encolhendo fortemente o estômago (como que para evitar um soco). Sinta o estômago tenso e apertado (5 seg). Relaxe. Repare no contraste entre a tensão e o relaxamento (10 seg).

- Coxa direita: Contrair os músculos, encolhendo fortemente a nádega direita (separado-a do colchão) e contraíndo os músculos da parte superior da perna. Sinta a tensão na nádega e na coxa (5 seg). Relaxe. Repare no contraste entre a tensão e o relaxamento (10 seg).

- Parte inferior da perna direita: Contrair os músculos, empurrando fortemente os dedos do pé para cima, em direção à cabeça / na direção oposta à cabeça. Sinta a tensão na barriga da perna (5 seg). Relaxe. Repare no contraste entre a tensão e o relaxamento (10 seg).

- Pé direito: Contrair os músculos, voltando o pé para dentro e, simultaneamente, dobrando os dedos (sem fazer muita força). Sinta a tensão na palma do pé (5 seg). Relaxe. Repare no contraste entre a tensão e o relaxamento (10 seg).

- Coxa esquerda: Contrair os músculos, encolhendo fortemente a nádega direita (separado-a do colchão) e contraíndo os músculos da parte superior da perna. Sinta a tensão na nádega e na coxa (5 seg). Relaxe. Repare no contraste entre a tensão e o relaxamento (10 seg).

- Parte inferior da perna esquerda: Contrair os músculos, empurrando fortemente os dedos do pé para cima, em direção à cabeça / na direção oposta à cabeça. Sinta a tensão na barriga da perna (5 seg). Relaxe. Repare no contraste entre a tensão e o relaxamento (10 seg).

- Pé esquerdo: Contrair os músculos, voltando o pé para dentro e, simultaneamente, dobrando os dedos (sem fazer muita força). Sinta a tensão na palma do pé (5 seg). Relaxe. Repare no contraste entre a tensão e o relaxamento (10 seg).

Sinta todo o seu corpo calmo e relaxado (pausa) a respiração é profunda (pausa).

(silencio por uns momentos)

Imaginação guiada

Agora, imagine que está num jardim, sentada num banco ... á sua volta estão flores de todas as cores, é primavera... sinta na cara uma brisa suave...;

Sinta-se leve como uma pena ..., Sinta o sol a aquecer-lhe ao de leve a pele e a iluminar-lhe o rosto..., oiça os pássaros a cantarolarem ... as arvores ao longe movem-se suavemente ao

sabor do vento ... sinta o bem-estar (pausa) saboreie a sensação, é uma sensação boa (pausa) sinta os músculos a descontraírem, a ficarem leves (pausa) e relaxe....

(pausa de 5min)

Procure memorizar esta sensação de serenidade para que lhe faça companhia quando despertar.... Pode abrir os olhos, sem pressa e mover lentamente as mãos ... e os pés, ... e estreguiçar-se como se estivesse a acordar (breve pausa/ abrem-se as janelas ...baixa-se o volume gradualmente)

No final da atividade irão ser efetuadas algumas questões aos Utentes de modo a perceber se conseguiu atingir o objetivo da atividade terapêutica. Irei pedir para relatar a experiência e falar um pouco do que sentiu.

ANEXOS

ANEXO I

CERTIFICADO DE AUTORIA DE POSTER NO X CONGRESSO INTERNACIONAL D'A SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

Certificado

Para os devidos efeitos certifica-se que

Irene Ribeiro

é autor do póster “As intervenções de enfermagem junto da pessoa com Transtorno Obsessivo- Compulsivo: Um estudo de caso” exposto no X Congresso Internacional d’A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental subordinado ao tema “Desafios em Saúde Mental”, realizado de 29 a 31 de Outubro de 2019, no Instituto Politécnico de Portalegre, Portugal.

Porto, 31 de Outubro de 2019



A SOCIEDADE PORTUGUESA
DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL
(Diário da República II Série n.º 174 de 10.09.2007)
www.aspesm.org

Presidente do Congresso

P'la Comissão Científica